

Travail de la clinique obstétricale de M. le Professeur VORON

Soixante-dix Observations
de tuberculeuses pulmonaires
ayant accouché
pendant les deux derniers mois
de la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René TESTON

Ancien Externe des Hôpitaux

Diplômé d'Hygiène

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 27 Décembre 1909, à VALS-LES-BAINS (Ardèche)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

Soixante-dix observations
de tuberculeuses pulmonaires
ayant accouché pendant les deux derniers mois
de la grossesse



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la clinique obstétricale de M. le Professeur VORON

Soixante-dix Observations
de tuberculeuses pulmonaires
ayant accouché
pendant les deux derniers mois
de la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René TESTON

Ancien Externe des Hôpitaux

Diplômé d'Hygiène

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 27 Décembre 1909, à VALS-LES-BAINS (Ardèche)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LÉPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAYRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOUT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	MALMEJAC

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* : ÉPARVIER, *assesseur*,
BERNHEIM et PIGEAUD

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Modeste témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale.

Après nous avoir accueilli dans son service avec bonté, il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il daigne recevoir ici nos sentiments de profonde et respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BONNET
Professeur de Clinique Ophtalmologique.

Nous avons eu l'honneur de faire un semestre d'externat dans son service et pu apprécier son enseignement si attrayant.

Qu'il veuille trouver ici un bien faible témoignage de notre respectueuse admiration et de notre sincère attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET
Chirurgien des Hôpitaux.

En témoignage de reconnaissance pour les nombreuses marques de sympathie dont il nous a honoré pendant un semestre d'externat passé dans son service.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux.

Nous gardons un souvenir ému de la bienveillance qu'il nous a témoignée durant tout le semestre pendant lequel nous avons été son externe, et qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner depuis. C'est à lui que nous devons les éléments principaux de notre travail.

Nous sommes heureux de lui exprimer toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Ex-Chef de Clinique Obstétricale.

Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui le remercier doublement pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer et pour la grâce bienveillante avec laquelle il l'a toujours fait.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Soixante-dix observations
de tuberculeuses pulmonaires
ayant accouché pendant les deux derniers mois
de la grossesse

Introduction

Les observations qui font l'objet de notre travail ont été recueillies dans le service des femmes tuberculeuses de l'Hôpital de la Croix-Rousse. C'est là que pendant un semestre d'externat, nous avons pu entendre notre Maître, M. le Docteur Bonnamour, insister sur l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose et constater que des faits de cet ordre ne sont malheureusement que trop certains. Il nous a paru intéressant de rechercher parmi les observations de tuberculeuses que M. Bonnamour a mises avec une grande bienveillance à notre disposition, celles dans lesquelles la tuberculose avait coexisté avec une ou plusieurs gestations.

Afin de dégager de l'ensemble de ces observations les considérations générales qu'elles comportent sur l'évolution clinique et le pronostic de telles lésions, nous nous sommes efforcé de rechercher quel a été l'avenir éloigné de ces malades. Les renseignements

fournis par les Dispensaires ont facilité grandement notre tâche.

L'action aggravante de la gestation sur la tuberculose pulmonaire paraît admise depuis longtemps. Les anciens auteurs depuis Mauriceau admettaient parfaitement que la grossesse était capable d'aggraver la phtisie. Plus tard, cette opinion fut partagée par un grand nombre de médecins et d'accoucheurs : Grisolle, Péter, Depaul, Tarnier et d'autres. Le Professeur Bar, dès 1912, au Congrès de Rome, a bien montré que l'aggravation de la tuberculose pulmonaire par la grossesse était particulièrement fréquente, tout en précisant qu'elle pouvait différer suivant les formes cliniques de la tuberculose et, également, suivant l'âge et la parité.

Sans prétendre refaire à propos de notre travail tout l'historique de cette question, nous dirons simplement que d'autres auteurs tels que Pinard, Dumaresset et Brette, en 1922, pensaient au contraire que l'aggravation est loin d'être constante. Il semble, toutefois, que dans ces dernières années l'opinion de la majorité des médecins et des accoucheurs se rallie à la théorie de : aggravation presque de règle. Rappelons seulement qu'à Lyon, M. le Professeur Voron avait soutenu, dès 1912, dans la thèse de son élève Colombet et plus tard, dans un rapport présenté en 1923 sur la conduite à tenir chez la tuberculeuse enceinte, la presque constance de l'aggravation de la tuberculose pulmonaire par la gestation. Il concluait sur l'opportunité d'une interruption de grossesse dans les trois premiers mois dans les formes franchement

évolutives, mais jugées encore curables, toutes les fois que les circonstances cliniques n'étaient pas favorables. Donc, thérapeutique d'exception, mais à discuter surtout en cas de lésions bilatérales à tendance évolutive, mais encore curables, chez une femme enceinte de moins de trois mois, et dont la classe sociale ne permettait pas de mettre largement en œuvre un traitement hygiéno-diététique.

Citons encore la discussion qui eut lieu à l'Académie de Médecine le 12 décembre 1922, reprise à la Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose du 9 mai 1931, où nous recueillons l'opinion de quelques auteurs :

Pour le Professeur Bezançon, la grossesse aggrave indiscutablement la tuberculose. La répétition des grossesses avec lactation prolongée peut la déclencher. Pour M. Rist, la tuberculose peut être déclenchée par une grossesse au début, au cours, ou dans les suites de couches, parfois même par la conception. Le Professeur Sergent a toujours soutenu l'idée que la grossesse exerçait un rôle favorisant sur l'éclosion de la tuberculose. Il a insisté sur la fréquence des éclosions tuberculeuses du post-partum même lorsque aucun signe évolutif n'existait avant l'accouchement. Enfin, dans un bon nombre de cas, dit-il, la tuberculose post-gravidique couve lentement, sournoisement et ne devient apparente que plusieurs mois après la délivrance.

Si les auteurs admettent actuellement d'une manière générale l'aggravation de la tuberculose pulmonaire par la puerpéralité, les chiffres qu'ils donnent

sur la fréquence des faits de cet ordre sont au contraire assez variables. De l'aveu même des accoucheurs, les statistiques des maternités comptent surtout des malades tuberculeuses avérées ou non, ayant présenté des complications pulmonaires dans les suites de couches immédiates. Elles ignorent les formes torpides et les formes à début tardif. Les statistiques établies dans les services de tuberculeuses ne sont pas davantage exemptes d'erreurs ; elles ne permettent qu'une appréciation grossière, mais ont du moins l'avantage de nous faire connaître l'avenir éloigné des malades.

Nous retiendrons les chiffres suivants donnés par quelques auteurs :

1° Tuberculose antérieure à la grossesse.

Le professeur Brindeau estime que la tuberculose pulmonaire coïncide dans 1 % des cas environ avec la grossesse ; elle est en général aggravée par celle-ci. M. Brindeau, en quatre ans et demi, sur 14.929 accouchements a observé 114 cas de tuberculose.

Pour le Professeur Couvelaire, la gestation et l'accouchement ont une influence néfaste sur l'évolution de la tuberculose antérieure. Si cette action est peu marquée sur les formes scléreuses et sur les formes à évolution rapide, elle est intense sur les formes évolutives et ulcéro-caséeuses. Sur 370 malades appartenant à ce groupe, Couvelaire compte 200 décès dans l'année qui suivit l'accouchement. Chez les malades dont la tuberculose a débuté depuis plus d'un an avant la gestation, la mortalité est de 27,4 % ; chez celles dont la maladie a précédé la grossesse de 10 à

7 mois, elle est de 34 %. Lorsque le début remonte à moins de 6 mois, elle est de 45 %.

2° Tuberculose coïncidant avec la grossesse.

L'éclosion de la tuberculose à l'occasion des fonctions de reproduction serait rare. Sur 1.500 accouchements de sa clientèle privée, Couvelaire n'a observé qu'une femme qui jusque-là bien portante devient tuberculeuse après son accouchement. En milieu hospitalier la proportion est beaucoup plus grande : 11 tuberculeuses pour 1.000 femmes venant avorter ou accoucher.

Chez les malades dont la tuberculose coïncide avec la gestation, la mortalité est en moyenne de 55 %. Les poussées évolutives qui débutent ou se prolongent dans les derniers mois de la gestation, sont spécialement graves ; elles entraînent la mort dans 77 % des cas.

3° Tuberculose ayant débuté après l'accouchement.

D'après Couvelaire, quand les poussées évolutives surviennent ou reprennent dans les suites de couches immédiates, la mortalité atteint presque 100 %.

Le Professeur Sergent donne une statistique très intéressante où figurent les observations des femmes âgées de 18 à 45 ans qui sont venues le consulter chez lui pour tuberculose pendant toute une année. Il a trouvé que 25 % de ces femmes étaient devenues tuberculeuses dans un délai maximum de 10 mois après l'accouchement.

Les considérations qui précèdent nous paraissent indispensables pour préciser les conditions dans lesquelles nous avons entrepris notre travail. Nous

l'avons limité à l'étude des cas recueillis dans le service des femmes tuberculeuses de l'Hôpital de la Croix-Rousse pendant une période de 15 ans (1918 à 1933). Nous avons ainsi obtenu 130 observations de tuberculeuses chez lesquelles une ou plusieurs grossesses antérieures pouvaient être mises en cause. Il est légitime de comparer ce nombre avec le nombre total des malades hospitalisées dans le service pour tuberculose pendant le même temps, soit 2.500 malades environ.

Pour des raisons diverses, nous avons limité à 70 le nombre de nos observations. Parmi celles que nous avons dû éliminer, certaines manquaient de précision; pour d'autres, l'existence d'une affection surajoutée (cardiopathie, infection puerpérale légère, etc...) pouvait être prétexte à discussions. Nous avons conservé seulement les observations de malades au sujet desquelles nous avons pu obtenir des renseignements complets sur l'évolution de leur tuberculose.

Nous avons adopté la classification suivante :

1° Cas dans lesquels une seule grossesse est en cause :

- a) La tuberculose est antérieure à la grossesse ;
- b) La tuberculose s'est révélée pendant la grossesse ;
- c) La tuberculose s'est révélée après l'accouchement.

2° Cas dans lesquels plusieurs grossesses sont en cause.

Dans chacun des quatre groupes d'observations ainsi obtenus, nous avons distingué des formes à évolution rapide, des formes à évolution progressive et des

poussées évolutives discrètes, suivant le tableau clinique ou suivant la rapidité d'apparition du décès lorsque nous en connaissions la date.

Nous avons conservé parmi les cas à évolution rapide des formes telles qu'une pneumonie caséuse, même dans les cas où la collapsothérapie a donné des succès durables.

Nous sommes convaincus, d'autre part, que le faible nombre de poussées discrètes observé est dû en grande partie au fait que ces malades ne sont généralement pas hospitalisées.

Il est inutile de souligner davantage combien une pareille classification est arbitraire. Elle facilitera du moins la lecture, la compréhension de notre travail et l'interprétation des résultats.

Observations

Cas dans lesquels une seule grossesse est en cause

1. — Tuberculose antérieure à la grossesse

a) *Cas à évolution rapide*

OBSERVATION I

(Obs. n° 365 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

P. B., 25 ans.

Entre dans le service le 13 février 1923.

Diagnostic et résumé : Tuberculose pulmonaire ayant débuté en 1921. Poussée en 1922 sous l'influence d'une grossesse. Lésions ulcéro-caséeuses du S. G. Infiltration étendue à droite. Broncho-pneumonie tuberculeuse bilatérale terminale un mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Excellente santé jusqu'à 23 ans. A cette époque apparaissent les premières manifestations pathologiques : toux, malaise général, perte de l'appétit et des forces. En 1922, une grossesse aggrave nettement les signes pulmonaires et nécessite l'hospitalisation.

A l'entrée : Malade de 25 ans, très affaiblie, dyspnéi-

que, présentant une toux assez fréquente, parfois émettante et une expectoration abondante.

Aux poumons : Signes d'infiltration des deux sommets (submatité, augmentation des vibrations, respiration soufflante avec nombreux râles humides après la toux), nettement plus accentués à gauche.

Au cœur : Tachycardie avec tendance au rythme embryocardique. T. A. : 10,5/4,5.

Laboratoire : Expectoration fortement bacillifère. Albuminurie.

La malade accouche le 25 février, à la maternité, d'un enfant bien portant. Elle revient dans le service le 10 mars très fatiguée. La température qui oscillait auparavant autour de 37°5, a présenté un clocher à 39 après l'accouchement. Depuis, elle varie entre 38 et 39.

Aux poumons : P. G. : Les signes d'infiltration du sommet ont fait place à de gros signes cavitaires. P. D. : Infiltration récente de la partie moyenne. Respiration rude à la base, sans signes surajoutés.

Radioscopie : Côté gauche : Opacité de haut en bas. **Côté droit** : Taches irrégulières disséminées dans la plus grande partie du champ pulmonaire.

Rapidement la dyspnée augmente, la cyanose apparaît aux extrémités, l'œdème malléolaire gagne les jambes puis la face interne des cuisses. Décès le 25 mars 1923.

A l'autopsie : Tuberculose cavitaire du sommet gauche. Nodules broncho-pneumoniques disséminés dans les deux poumons. Dégénérescence graisseuse du foie. Un peu d'ascite.

OBSERVATION II

(Obs. n° 751 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. M., 29 ans, sans profession.

Entre dans le service le 12 février 1925.

D. et R. : Antécédents familiaux chargés. Tuberculose pulmonaire. Début apparent en décembre 1924. Forme congestion pulmonaire de la base gauche. Aggravation après un accouchement en mai 1926. Lésions bilatérales. Poussée broncho-pneumonique et granulie terminale avec grosses hémoptysies.

Père mort à 48 ans de tuberculose pulmonaire. Un frère et une sœur morts l'un et l'autre d'une affection pulmonaire à 19 et 20 ans. La malade est restée longtemps en contact avec eux. Entérite en 1918. Premières manifestations pulmonaires en décembre 1924 : point de côté gauche. Toux surtout la nuit et au réveil. Amaigrissement de trois kgs en deux mois. Anorexie. Quelques crachats striés de sang.

A l'entrée : Examen pulmonaire : P. G. : Légère diminution de l'expansion de l'hémithorax. A l'auscultation : Foyer de râles sous-crépitaux hilaires. Quelques frottements à la base et diminution du murmure de ce côté. P. D. : Respiration normale.

Radioscopie : Obscurité de la base gauche. Opacité très légère du sommet. Rien à droite.

Rien au cœur. T. A. : 10/6.

Laboratoire : 1 B. K. tous les 4 à 5 champs, à l'E. D.

La malade quitte le service le 14 mars. Pendant son séjour, la température est restée un peu irrégulière, chaque soir autour de 38°, mais la toux et l'expectoration ont considérablement diminué. Poids : 56 kgs.

Etat stationnaire, sans aggravation apparente au cours d'une grossesse. Accouchement en mars 1926. Sur les conseils de son médecin, la malade n'allait pas son enfant (celui-ci vu à cinq mois dans le service du Professeur Mouriquand : auscultation, radioscopie, cuti-réaction, tout a été négatif).

Grosse aggravation pendant l'hiver suivant (1926-1927), nouvel amaigrissement.

Deuxième séjour dans le service : Entrée le 12 août 1927.

« A pris froid au début d'août. Douleurs dans tout le côté gauche. Tousse et crache beaucoup. Faiblesse générale. La température, après être restée à 40 pendant 4 jours, varie actuellement entre 38 et 38,7. Amaigrissement. Pas de règles depuis avril 1927.

Aux poumons : P. G. : Signes cavitaires au sommet. Respiration très soufflante dans le reste du poumon. P. D. : Au sommet, respiration soufflante, craquements, quelques râles humides.

Radioscopie : Sommet droit bouché. Cavernes au sommet gauche. Très grosses travées hilaires des deux côtés ».

Aggravation rapide. Le 13 au matin, brusquement, assez grosse hémoptysie (un crachoir et demi), dyspnée, cyanose intense.

Décès le 21 septembre 1927.

A l'autopsie : Grosses cavernes du sommet gauche. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminale. Entérite tuberculeuse.

OBSERVATION III

(Obs. n° 1243 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. D., 18 ans, ouvrière.

Entre dans le service le 19 décembre 1928.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1925. Aggravation au cours d'une grossesse. Infiltration du sommet gauche (forme hilare).

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Rougeole dans l'enfance. Régée très irrégulièrement depuis l'âge de 13 ans. Premières manifestations pathologiques à l'époque de son mariage (juillet 1925) par : anorexie, amaigrissement, asthénie, sueurs nocturnes. L'hiver suivant

(1925-1926), une grossesse est fort mal supportée (vomissements, diarrhée, amaigrissement). Grosse aggravation après l'accouchement (octobre 1926). La température prise régulièrement varie entre 37 et 38,5, l'amaigrissement s'accroît. Anorexie complète. Aggravation progressive. Hospitalisation.

A l'entrée : Amaigrissement. Points de côté, surtout à droite. Diarrhée persistante (6 à 7 selles par jour). Toux fréquente. Expectoration abondante.

Aux poumons : P. G. : Au sommet, matité, exagération des vibrations, respiration rude avec quelques craquements et quelques râles sous-crépitaux, surtout après la toux. Les râles sont nettement perçus dans la région hilare. P. D. : Respiration également rude, avec de rares craquements.

Au cœur : Bruits normaux. Tension : 14/7.

Abdomen souple. Légère douleur à la palpation de la région vésiculaire.

Radioscopie : Sommets relativement clairs. A gauche : Gros hile avec nombreuses travées.

Laboratoire : Crachats : Quelques B. K. à l'examen direct.

Départ le 2 février 1927.

(Cette malade est décédée le 11 octobre 1927).

OBSERVATION IV

(Obs. n° 1938 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. C., 20 ans, employée.

Entre dans le service le 5 mars 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1925. Lésions fibro-caséuses des deux sommets. Aggravation au cours d'une grossesse. Décès 6 mois après l'accouchement.

Mari tuberculeux. Bonne santé dans l'enfance. Pleurésie droite à 13 ans. Trois ans plus tard, apparition d'une lassitude progressive avec anorexie, amaigrissement, température le soir. Depuis, différents séjours à l'Hôtel-Dieu, à Sainte Eugénie (3 séjours de plusieurs mois) et à Hauteville. En 1927, après 6 mois de soins à Mangini, la malade, apparemment guérie, exerce à Hauteville la profession de lingère. Une hémoptysie (un verre et demi environ) l'oblige en novembre 1927 à cesser temporairement son travail. Au sixième mois d'une grossesse, en février 1929, hémoptysies légères mais répétées. Nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu, puis à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Amaigrissement de 3 kgs depuis 3 mois. Toux fréquente, surtout le matin. Expectoration muqueuse abondante. Sueurs nocturnes. Température : 37 le matin, 37,7 le soir.

Aux poumons : P. D. : Dans la fosse sus-épineuse, retentissement caverneux de la voix avec, après la toux, des bouffées de râles humides et gargouillements. P. G. : Respiration très soufflante mais sans râles humides.

Laboratoire : Expectoration fortement bacillifère.

Accouchement le 18 avril 1929 dans le service du Docteur Rhenter. Enfant bien portant de 2.600 gr. Les jours suivants, poussées de température à 39,5, puis grandes oscillations (37,5 le matin à 39,5 le soir). Toux plus fréquente, expectoration plus abondante avec quelques flocons purulents. Points de côté à droite.

Aux poumons : Extension rapide des lésions. Signes cavitaires aux deux sommets. Dans le reste des deux champs pulmonaires, respiration très soufflante avec nombreux râles humides disséminés.

Les divers examens radioscopiques pratiqués depuis l'entrée montrent l'extension progressive des lésions jusqu'aux bases. A la date du 7 juin 1929 : Etat alvéolaire diffus de plus des deux tiers supérieurs des 2 champs pulmonaires.

Décès le 6 octobre 1929.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée).

OBSERVATION V

(Obs. n° 1959 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. C., 25 ans, ménagère.

Entre dans le service le 24 septembre 1929.

D. et R. : Pleurésie sèche de la base droite en novembre 1927. Tumeur blanche tibio-tarsienne droite en janvier 1928. Infiltration des deux sommets au cours d'une grossesse en 1929. Décès un mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Pleurésie de la base droite en novembre 1917. Première grossesse en 1925 (accouchement le 30 juin). En janvier 1928, arthrite bacillaire tibio-tarsienne (hospitalisation dans le service du Docteur Desgouttes). En novembre 1928, toux avec expectoration assez abondante mais jamais d'hémoptysie. Au septième mois d'une grossesse, un examen médical dans le service du Docteur Rhenter révèle des lésions pulmonaires et on nous envoie la malade.

A l'entrée : Aux poumons, submatité des deux sommets, avec, à ce niveau et des deux côtés, de nombreux râles humides perçus en arrière, en avant, sous la clavicule et dans l'aisselle, ne disparaissant pas après la toux.

Radioscopie : Flou diffus des deux côtés, plus accentué à gauche.

Rien au cœur. T. A. : 10/5.

Laboratoire : Crachats : Très nombreux B. K.

Accouchement normal le 25 octobre 1929 à la maternité de la Croix-Rousse. Enfant de 3.150 gr., bien portant.

La malade revient à Sainte-Clotilde le 6 novembre 1929. Apparition d'une laryngite avec dysphagie. La température atteint 39,2 le lendemain de l'accouchement et os-

cille depuis ce jour entre 38,7 et 39,9. Extension des signes pulmonaires. A gauche, toujours les mêmes signes apicaux, mais, en outre, on trouve des râles crépitants de gros calibre dans l'aisselle et la région sous-claviculaire. A droite, signes également étendus mais plus discrets.

Radioscopie : Sommets bouchés (surtout le gauche). Flou de la partie moyenne du poumon droit. Etat alvéolaire de la partie moyenne du poumon gauche.

Aggravation rapide et décès le 25 novembre 1929.

A l'autopsie : Lésions ulcéro-caséuses anciennes des deux sommets. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale. Entérite tuberculeuse.

OBSERVATION VI

(Obs. n° 2043 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. T., 23 ans.

Entre dans le service le 6 mars 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire et laryngite tuberculeuse ayant débuté en 1929. Aggravation au cours d'une grossesse. Granulie pulmonaire terminale moins de trois mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Un enfant mort à un an de méningite tuberculeuse. Les premières manifestations pathologiques apparaissent au début de 1929 : toux, fatigue, amaigrissement, laryngite persistante. Au Dispensaire, l'expectoration se révèle bacillifère. Après un séjour à la campagne, la malade allait mieux. Au cours d'une nouvelle grossesse, elle recommence à tousser et à cracher. Rapidement elle perd ses forces, maigrit, devient complètement aphone. Elle accouche à la Charité en février 1930. Aggravation les jours suivants. Envoyée dans le service.

A l'entrée : Malade asthénique, amaigrie, dyspnéique, qui présente de la tachycardie (128) et une température à 38,5. La toux est fréquente, les crachats muco-purulents assez abondants.

Aux poumons : Signes discrets au sommet gauche avec légère diminution du murmure, respiration un peu rude, quelques adventices. Rien à droite.

Bruits du cœur normaux. T. A. : 10,5/6,5.

Abdomen souple.

La *radioscopie* révèle des lésions beaucoup plus importantes.

Côté droit : Poumon noir de façon diffuse.

Côté gauche : Sommet complètement noir sans éclairage. Aspect pommelé des deux tiers inférieurs.

Laboratoire : Crachats : Rares B. K. à l'E. D.

Extension rapide des lésions pulmonaires. Aggravation des S. F. et S. G. Décès le 29 mars 1930.

A l'autopsie : Quelques nodules broncho-pneumoniques aux lobes supérieurs avec géoles remplies de pus. Granulie très intense généralisée aux deux poumons.

OBSERVATION VII

(Obs. n° 2271 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. R., 26 ans.

Entre dans le service le 13 juillet 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1925 par bronchite et congestion pulmonaire du côté droit. Séjour de 8 mois à Hauteville. Poussée évolutive nouvelle coïncidant avec un début de grossesse. Décès 2 mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Coqueluche et scarlatine dans l'enfance. Bronchite en avril 1925. Cinq mois après, congestion pulmonaire ayant nécessité un séjour de 8 mois à Hauteville. Aggravation au troisième mois d'une grossesse en juillet 1930. Au cours d'un examen à la maternité de la Croix-Rousse, on trouve des lésions pulmonaires et on envoie la malade dans le service.

A l'entrée : Mauvais état général. Toux fréquente. Expectoration abondante, mais pas de température.

Aux poumons : Respiration très soufflante aux deux sommets avec nombreux râles humides après la toux. Rien aux bases.

Bruits du cœur normaux. Tension : 9/5.

Laboratoire : Crachats : 7 à 8 bacilles par champ à l'E. D.

Accouchement le 25 janvier 1931, dans le service du Docteur Rhenter, d'une fille de 3.065 gr., bien portante. (L'enfant reçoit du B. C. G. et est envoyée à la Samaritaine). Les jours suivants : Poussées de température à 39, toux plus fréquente, expectoration très abondante (50 à 60 bacilles par champ à l'E. D.). Apparition de gros râles humides dans toute la hauteur du poumon droit.

A la radioscopie : Extension des lésions à la totalité de ce poumon.

Essai de pneumothorax artificiel droit le 12 mars 1931, mais dès les premières piqûres, pâleur, quelques convulsions, perte de connaissance. Les jours suivants, persistance de phénomènes convulsifs. Aggravation rapide (dyspnée, cyanose) et décès le 24 mars 1931.

A l'autopsie : Broncho-pneumonie tuberculeuse du lobe inférieur droit avec symphyse totale de ce lobe. Broncho-pneumonie tuberculeuse du côté gauche. Thrombose cardiaque. Début d'entérite et de méningite tuberculeuses.

OBSERVATION VIII

(Obs. n° 2443 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

H. B., 37 ans 1/2.

Entre dans le service le 11 juin 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Lésions fibro-caséuses du sommet gauche. Symphise pleurale. Aggravation par une grossesse. Ramollissement du S. D.

Décès 7 mois après l'accouchement.

Mère morte de pleurésie. Pas de maladie d'enfance. Bonne santé habituelle. Quatre enfants bien portants. Pas de fausse couche.

A 25 ans, pendant sa première grossesse, grippe avec congestion pulmonaire. Guérison complète. Deuxième et troisième grossesses sans complications. En 1927, pour la première fois, quelques crachats sanglants, mais l'état général reste assez bon. En 1930, au début d'une quatrième grossesse, la malade se sent faible, touse, crache, a plusieurs hémoptysies.

Accouchement le 18 mai 1931 à la maternité de l'Hôtel-Dieu. Les jours suivants, l'état pulmonaire devient inquiétant. Des poussées de température apparaissent. Hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, puis à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Grande asthénie, amaigrissement de 10 kgs depuis le début de sa grossesse. Pas d'appétit. Toux et expectoration abondante. Ni points de côté, ni sueurs nocturnes. Température subfébrile.

Aux poumons : P. G. : Aplatissement manifeste d'avant en arrière de l'hémithorax. A l'auscultation : à l'extrême sommet, respiration rude et soufflante avec, après la toux, quelques râles humides. P. D. : Respiration simplement rude et soufflante.

Au cœur : Bruits normaux. T. A. : 8,5/5.

Discordance nette entre l'examen clinique et la radioscopie. Celle-ci montre du côté gauche : Rétraction tho-

racique. Sommet noir avec plages claires. Du côté droit : Etat alvéolaire de la moitié supérieure.

Laboratoire : Crachats : 2 à 3 B. K. par champ à l'E. D.

Le 21 octobre 1931 : Amaigrissement de plusieurs kgs depuis l'entrée. Tousse et crache toujours abondamment. Température entre 37,5 et 39.

Aux poumons : P. D. : Signes de ramollissement de la moitié supérieure. P. G. : Obscurité totale du sommet. Au milieu, souffle presque amphorique avec retentissement de la voix et de la toux. Bronchophonie. Pectoriloquie. Nombreux râles humides.

A la radioscopie : Etat pommelé bilatéral plus accentué à gauche avec nombreuses plages claires.

Décès le 4 janvier 1932.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée).

b) Cas à évolution progressive

OBSERVATION IX

(Obs. n° 1406 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

F. P., 16 ans 1/2, sans profession.

Entre dans le service le 11 mai 1927.

D. et R. : Bronchite dans l'enfance. Tuberculose pulmonaire. Début en avril 1927 par une hémoptysie. Lésions ulcéro-caséieuses du S. D. Pneumothorax artificiel. Etat très satisfaisant en 1932 malgré une grossesse et un accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Bronchite à l'âge de 3 ans 1/2. Depuis janvier 1927 : toux quinteuse le matin, anorexie, point de côté persistant à droite gênant la respiration. En avril, légère hémoptysie (quelques

filets de sang dans un mouchoir). Depuis, toux plus fréquente avec expectoration légère. Hospitalisation.

A l'entrée : Pas d'amaigrissement, pas d'asthénie, mais toux fréquente. Expectoration muco-purulente. Pas de température. Poids : 44 kgs 400.

Aux poumons : P. D. : Au sommet, matité, respiration soufflante avec râles sous-crépitaants après la toux. P. G. : Respiration normale.

Rien au cœur. T. A. : 10/5.

Radioscopie : P. D. : Sommet obscur avec spélunques. Grosses chaînes ganglionnaires. Grisaille de la partie moyenne. P. G. normal.

Laboratoire : Crachats : Quelques B. K. à l'E. D.

Essai de pneumothorax droit (première insufflation le 27 mai 1927). Bon décollement. Un peu de liquide. Depuis le 17 mars, apparition d'un abcès sous le sein gauche, avec fistule. Cependant, très bon état général.

Le 25 juillet 1930 : « Pas de toux, pas de point de côté, pas de température. Mange et digère bien. Réglée normalement. On décide de suspendre le pneumo. Poids actuel : 52 kgs ».

En décembre 1932 : « Sa santé était très satisfaisante, lorsqu'en février 1932, la malade est devenue enceinte. Dès le début de sa grossesse, elle a pris froid et s'est sentie très faible. Cependant, elle a conservé l'appétit. Accouchement normal le 11 octobre 1932 d'une fille de 3.200 gr., bien portante. Allaitement jusqu'à ces derniers temps. Depuis 15 jours, a pris froid, toussé, craché, a 37,5 le soir et se plaint d'un point de côté à la base droite.

A l'examen : P. D. : Simplement un peu d'obscurité au sommet. P. G. : A la base, submatité, expansion diminuée, obscurité. Quelques frottements en avant et dans l'aisselle.

Rien de particulier au cœur. Abdomen souple.

Persistance d'une fistule sous le sein droit qui donne beaucoup moins de lait que le gauche. Poids : 48 kgs 500 ».

En février 1933 : « Excellent état général. Allait son enfant. S'est placée comme bonne ».

OBSERVATION X

(Obs. n° 2027 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. C., 21 ans, concierge.

Entre dans le service le 5 août 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1927. Poussée discrète et guérison. Poussée évolutive bilatérale en juin 1929, cinq mois, après un accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole dans l'enfance. Croup à 9 ans. A la suite de deux grossesses rapprochées en 1927, apparition d'un violent point de côté gauche. Un médecin fait le diagnostic de tuberculose. Mais la poussée s'éteint rapidement, et, au Dispensaire comme à l'Hôtel-Dieu, des examens ultérieurs se montrent négatifs. Troisième grossesse en 1928, bien supportée. Réveil des lésions après l'accouchement, en janvier 1929. D'abord simple malaise général qui persiste mais sans signes pulmonaires. En juin 1929, toux, expectoration de plus en plus abondante, puis quelques hémoptysies. Aggravation progressive. Hospitalisation.

A l'entrée : Assez bon état général, mais toux fréquente et expectoration abondante.

Aux poumons : Signes d'infiltration des deux sommets, plus accentués du côté gauche.

Rien au cœur. T. A. : 11/5,5.

Radioscopie : Côté gauche : Voile des deux tiers supérieurs. Grosses travées hilaires avec expansion scissurale. Côté droit : Voile de la moitié supérieure. Gros hile.

Laboratoire : Crachats : Très nombreux B. K.

Départ le 6 octobre 1929 pour Sainte-Thérèse. Après un séjour de trois mois, a engraisé de 2 kgs. Très rares

B. K. dans les crachats. Etat pulmonaire et général satisfaisant.

(En 1933, cette malade va bien. Elle a bien supporté une nouvelle grossesse depuis sa sortie de l'hôpital).

c) *Poussées évolutives discrètes*

OBSERVATION XI

(Obs. n° 407 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. T., 29 ans, tisseuse.

Entre dans le service le 9 mai 1923.

D. et R. : Antécédents tuberculeux personnels. Pous-sée discrète au sommet droit à la suite d'un accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Premières lésions pulmonaires du côté gauche à 10 ans (hospitalisation à la Charité). Mais, après un séjour à Giens, elles ont disparu et la radioscopie même n'en révèle plus de traces. Bonne santé jusqu'à son mariage, en 1922. Elle a alors 28 ans. Bientôt alors qu'elle est enceinte de 6 mois, elle perd son mari de tuberculose pulmonaire.

Accouchement le 11 avril 1923, à la maternité, sans incidents. Pendant trois semaines environ, la malade allaite, puis, très vite, elle sent ses forces disparaître, toussse, a des sueurs nocturnes et de la fièvre. Un examen clinique et radioscopique révèle des lésions du sommet droit. On isole l'enfant et on envoie la malade dans le service.

A l'entrée : Bon état général. Tousse et crache peu.

Aux poumons : Respiration soufflante au sommet

droit, avec, après la toux, quelques bouffées de râles sous-crépitaunts.

Rien à gauche.

Radioscopie : Sommet gauche légèrement obscur. Voile du tiers supérieur du poumon droit, plus accentué sous la clavicule. Sommet bouché.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K. à l'E. D.

La température pendant le séjour varie entre 37 et 38. Cependant l'état général est assez bon ; il paraît s'agir de lésions discrètes. La malade quitte le service le 20 mai 1923.

En juin 1925 : « Une hémoptysie d'un demi-verre en juillet 1924, à la suite d'un effort. Ne tousse plus. A l'auscultation : Etat pulmonaire excellent. Simple respiration un peu rude dans les fosses sus et sous-claviculaires gauches. Etat général également excellent ».

(En 1933 : « Va actuellement très bien. Travaille régulièrement »).

OBSERVATION XII

(Obs n° 2467 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

R. H., 28 ans, ménagère.

Entre dans le service le 22 décembre 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en janvier 1931. Poussée congestive périhilaire bilatérale au cours d'une sixième grossesse en 1931. Amélioration rapide après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Coqueluche à huit mois. Excellente santé habituelle. Mariée en 1922. Une fausse couche et quatre enfants (3 en bonne santé, le quatrième atteint d'adénopathie trachéo-bronchique).

Premières manifestations pathologiques à forme grip-pale en janvier 1931 : toux, malaise général et tempéra-

ture qui a persisté longtemps à 40. En mai 1931, la malade redevient enceinte. Elle passe trois mois à la campagne, où son état se montre satisfaisant. Rentrée à Lyon en septembre, elle prend froid, tousse le matin et commence à cracher. Quelque temps après: oppression, amaigrissement, sueurs nocturnes. Au dispensaire, on trouve des lésions pulmonaires et on conseille l'hospitalisation.

A l'entrée : Pas de température. Bon état général. Grossesse actuelle de sept mois.

Aux pòumons : P. D. : Submatité du sommet avec résistance au doigt. Exagération des vibrations. Obscurité respiratoire. Quelques râles secs à la fin de l'expiration dans la région hilare. P. G. : Respiration normale.

Bruits du cœur normaux.

Radioscopie : Gros hile des deux côtés. Sommets clairs.

Accouchement à la maternité le 8 février 1932, sans complications. La malade quitte l'hôpital.

Vue quelques jours après son accouchement : « Allait très bien, auscultation complètement négative, devait partir à la campagne ».

(En 1933 : « Bon état général. A bien supporté une nouvelle grossesse cet été. Les crachats examinés au Dispensaire ne contiennent plus de B. K. »).

Commentaires

I. — Ce premier groupe d'observations réunit 12 cas dans lesquels une seule grossesse étant en cause, la tuberculose était antérieure à cette grossesse. Nous les avons répartis ainsi qu'il suit :

1° Evolution rapide, 8 cas : 2 décès dans le mois qui a suivi l'accouchement (obs. I et V) ; 2 décès du 1^{er} au 3^e mois (obs. VI et VII) ; 1 décès du 3^e au 6^e mois (obs. IV) ; 1 décès du 6^e au 9^e mois (obs. VIII) ; 1 décès du 9^e au 12^e mois (obs. III) ; 1 décès du 12^e au 18^e mois (obs. II).

2° Evolution progressive, 2 cas. Ces deux malades, dont l'une a été traitée par pneumothorax, sont en vie en 1933 (obs. IX et X).

3° Poussées évolutives discrètes, 2 cas. L'état de ces malades en 1933 est satisfaisant (obs. XI et XII).

II. — La mortalité est de 8 cas au total, dont 7 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 4 cas. Le pourcentage est donc de :

Mortalité totale : 66,6 % dont 58,3 dans la première année.

Survie en 1933 : 33,3 %.

III. — Dans plusieurs cas, les lésions tuberculeuses avaient débuté dans l'année qui précède la grossesse. Les premières manifestations étaient apparues dans un cas avant le 3^e mois qui a précédé la grossesse (obs. V) ; dans quatre cas, du 6^e au 3^e mois (obs. II, III, VI et XII) ; dans deux cas du 12^e au 6^e mois (obs. I et X), et dans cinq cas, plus d'un an avant la grossesse (obs. IV et VIII en 3 ans, VII et IX en 5 ans, XI en 18 ans).

IV. — L'influence de l'état puerpéral sur les diverses formes cliniques de la tuberculose a été interprété différemment par les auteurs. Nous avons rap-

pelé dans notre introduction l'opinion du Pr. Couvelaire. De telles recherches rétrospectives à propos de nos observations ne peuvent être qu'imprécises. Nous tenons cependant à attirer l'attention sur l'observation n° XI : début de la tuberculose à 10 ans, en 1904. Régression. Poussée évolutive après un accouchement à 29 ans (1923). Nouvelle régression. Etat parfait en 1933. De tels cas de lésions très fibreuses justifieraient seuls à notre avis l'opinion que les aggravations imputables à la grossesse sont d'autant moins marquées que la tuberculose est d'apparition plus lointaine.

V. — Afin de rendre plus facile l'interprétation des résultats, nous avons jugé utile de réunir dans un tableau d'ensemble les principaux points de nos observations.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

(Une seule grossesse en cause. Tuberculose antérieure à la grossesse).

NUMÉRO de l'observation	Âge de la malade au moment de la grossesse	DÉBUT apparent de la tuberculose	PARITÉ	ACCOUCHEMENT	ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE (à partir de l'accouchement)
ÉVOLUTION RAPIDE					
I	25 ans.	En 1921.	1 ^{re} grossesse	A terme, 25 février 1923.	Décès, 25 mars 1923.
II	29 ans.	Décembre 1924.	1 ^{re} —	A terme, mars 1926.	Décès, 21 septemb. 1927.
III	18 ans.	Juillet 1925.	1 ^{re} —	A terme, octobre 1926.	Décès, 11 octobre 1927.
IV	20 ans.	En 1925.	1 ^{re} —	18 avril 1929.	Décès, 6 octobre 1929.
V	25 ans.	Novembre 1928.	2 ^e —	A terme, 25 octobre 1929.	Décès, 25 novembre 1929.
VI	23 ans.	Début de 1929.	2 ^e —	A terme, février 1930.	Décès, 29 mars 1930.
VII	26 ans.	Avril 1925.	1 ^{re} —	A terme, 25 janvier 1931.	Décès, 24 mars 1931.
VIII	37 ans.	En 1927.	4 ^e —	A terme, 18 mai 1931.	Décès, 4 janvier 1932.
ÉVOLUTION PROGRESSIVE					
IX	21 ans.	Avril 1927.	1 ^{re} grossesse	A terme, 11 octobre 1932.	En fév. 1933 : excellent état général.
X	21 ans.	Avril 1927.	3 ^e —	A terme, janvier 1929.	En 1933 : va bien, une 4 ^e grossesse à été bien supportée.
POUSSÉES ÉVOLUTIVES DISCRETES					
XI	29 ans.	En 1904.	1 ^{re} grossesse	A terme, 11 avril 1923.	En 1933 : la malade va bien et travaille.
XII	28 ans.	Janvier 1931.	6 ^e —	A terme, 8 février 1932.	En 1933 : la malade va bien. Cet été une nouvelle grossesse a été bien supp. Pl. de B. K.

2. — Tuberculose révélée par la grossesse

a) Cas à évolution rapide

OBSERVATION XIII

(Obs. n° 868 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. G., 43 ans, ménagère.

Entre dans le service le 5 juin 1925.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse en 1924. Pleurésie gauche après l'accouchement. Essai infructueux de pneumothorax à l'Hôtel-Dieu. Granulie terminale neuf mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Coqueluche dans l'enfance. Premières manifestations pathologiques au début d'une grossesse en mars 1924 : douleurs abdominales, perte de l'appétit et des forces, gros amaigrissement. Puis la malade se met à tousser et à cracher. Accouchement en octobre 1924. On isole l'enfant qui meurt 2 mois après. Un mois après l'accouchement, apparition simultanée d'une ascite et d'une pleurésie gauche, soignée à domicile, puis à l'Hôtel-Dieu, en mars 1925. Là, on pratique une ponction pleurale (750 cc. de liquide), puis, malgré un pneumothorax (cinq séances en avril), l'aggravation persiste. Hospitalisation à la Croix-Rousse.

À l'entrée : Perte complète des forces. Cachexie extrême. Pouls à 120. Température oscillant entre 38 et 39.

Aux poudrons : P. G. : Gros râles humides après la toux sous la clavicule. A la base : signes d'épanchement. P. D. : Respiration normale.

Radioscopie : Côté gauche : Pneumothorax avec épan-

chement. P. D. normal. Opacité du sommet avec adhérences à ce niveau.

Au cœur : Tachycardie. T. A. : 9/4.

Abdomen volumineux avec matité dans les flancs.

Au T. V. : On sent dans le cul-de-sac gauche, une masse assez arrondie, non douloureuse. L'utérus est refoulé en arrière.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K. à l'E. D.

Aggravation progressive et décès le 7 juillet 1925.

A l'autopsie : Granulie pulmonaire à droite. Pneumothorax artificiel complet à gauche. Tuberculose péritonéale et intestinale. Tumeur du corps de l'utérus (fibromyome banal).

OBSERVATION XIV

(Obs. n° 1190 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. R., 19 ans, ménagère.

Entre dans le service le 22 octobre 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse. Avortement à 7 mois. Lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Décès un mois et demi après l'accouchement.

Un frère mort à neuf mois de méningite. A toujours été délicate, mais jamais malade. Mariée à 18 ans, en 1925. Dès le début d'une grossesse, en mars 1926, point de côté violent droit, toux, perte de l'appétit et des forces, très gros amaigrissement. Envoyée à Sainte-Eugénie, elle refuse un pneumothorax. Aggravation progressive. Accouchement prématuré (7 mois), à la Charité, le 13 octobre 1926, d'un enfant mort. Les jours suivants, poussée évolutive très nette, lassitude extrême, points de côté multiples, et la température atteint le soir 40 avec des oscillations quotidiennes de 1 à 2 degrés. La malade est envoyée dans le service.

A l'entrée : Très amaigrie, très asthénique, dysphonique par périodes. Sueurs nocturnes abondantes. Dyspnée très intense avec légère cyanose des ongles et des lèvres. Anorexie complète. Douleurs épigastriques.

Aux poumons : Cavernes aux deux sommets. Infiltration étendue des deux côtés.

Au cœur : Tachycardie. T. A. : 9/5.

Légère contracture abdominale. Foie un peu gros, rate normale.

Laboratoire : Crachats : Nombreux B. K. à l'E. D.

Aggravation progressive. Diarrhée persistante depuis l'entrée. Cyanose plus accentuée. Apparition d'œdème malléolaire.

Décès le 30 novembre 1926.

A l'autopsie : Lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Pelvipéritonite tuberculeuse massive. Infarctus de la rate. Foie muscade. Néphrite infectieuse aiguë bilatérale.

OBSERVATION XV

(Obs. n° 1231 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. L., 25 ans, brodeuse.

Entre dans le service le 23 décembre 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en juin 1926 au cours d'une grossesse par une forte hémoptysie. Accouchement le 5 janvier 1927. Broncho-pneumonie tuberculeuse plus accentuée à gauche. Essai de pneumothorax artificiel. Granulie terminale 9 jours après l'accouchement.

Mère morte d'affection pulmonaire. Santé habituellement excellente. En 1926, au deuxième mois d'une grossesse, la malade présente, sans que rien ait pu faire supposer des lésions pulmonaires, une forte hémoptysie (environ un litre de sang rouge vif). Elle tousse, maigrit, a

de la fièvre. Puis apparaissent des sueurs nocturnes et un enrouement persistant. L'hémoptysie ne se reproduit plus. Néanmoins la malade inquiète se fait hospitaliser.

A l'entrée : Malade très asthénique, amaigrie, qui tousse et crache relativement peu. Tachycardie (120). Température oscillant entre 37,5 et 38,5.

Aux poumons : Peu de chose à droite. A gauche : râles humides et cavernuleux à la partie moyenne. Pot fêlé et signes caverneux sous la clavicule.

Radioscopie : Côté droit : Etat pommelé des trois quarts supérieurs. Côté gauche : aspect gris de la totalité d'un champ pulmonaire avec grosse rétraction thoracique.

Accouchement le 5 janvier 1927. Le lendemain, la température s'élève à 40 et s'y maintient pendant 2 ou 3 jours. Puis elle oscille autour de 39. Toux fréquente. Quelques crachats nettement nummulaires qui deviennent de plus en plus nombreux.

Devant l'évolution rapide des lésions, on tente un pneumothorax artificiel à droite le 8 janvier, mais on est obligé de le suspendre à la troisième insufflation. En effet, malgré une baisse de température, l'état général s'aggrave, apparition de diarrhée profuse, puis oppression et cyanose.

Décès le 14 janvier 1927.

A l'autopsie : Tuberculose aiguë à forme broncho-pneumonique bilatérale. Entérite tuberculeuse.

OBSERVATION XVI

(Obs. n° 1335 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. R..., 21 ans, sans profession.

Entre dans le service le 4 mai 1927.

D. et R. : Pleurésie en 1926. Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une troisième grossesse (ac-

couchement le 17 février 1927). Infiltration du sommet droit.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole dans l'enfance. Mariée en 1924. Pas de fausse couche. Premier accouchement en 1925. Pleurésie gauche après un deuxième accouchement en 1926. Persistance d'une toux quinteuse, pénible. Amaigrissement important au cours d'une troisième grossesse la même année. Accouchement le 17 février 1927 (enfant mort à 3 mois). Les jours suivants, toux émetisante, température de type inverse : 40 le matin, 38,5 le soir. Hospitalisation.

A l'entrée : La température oscille entre 36,5 et 37,5 le matin, entre 38 et 39 le soir. Amaigrissement. Lassitude et faiblesse générale. Toux le matin. Expectoration abondante. Anorexie absolue avec troubles digestifs.

Aux poumons : On note simplement du côté droit, à l'extrême sommet une respiration un peu rude et soufflante et quelques craquements très discrets dans la fosse sus-épineuse. Respiration normale partout ailleurs. Rien de particulier à gauche.

Rien au cœur. T. A. : 12/5.

Abdomen souple. Suites de couches normales.

Radioscopie : Côté droit : Sommet légèrement gris. Quelques travées sous-claviculaires. Gros hile. Côté gauche : Quelques travées hilaires. En outre, aérophagie considérable.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K. à l'E. D.

La malade quitte le service le 4 juin 1927.

(Cette malade est décédée en novembre 1928.)

OBSERVATION XVII

(Obs. n° 1805 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. J., 21 ans, tisseuse.

Entre dans le service le 20 février 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse en 1928. Infiltration des deux sommets.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Bonne santé habituelle. Mariée en 1928. Accouchement à 7 mois, le 12 octobre 1928, d'une fille bien portante. Les jours suivants : perte de forces, dyspnée, toux nocturne parfois émétisante, sans point de côté. Amaigrissement progressif. Hospitalisation.

A l'entrée : Malade très amaigrie qui tousse peu mais crache assez abondamment. Tachycardie (112). Température oscillant entre 37 et 39.

Aux poumons : Submatité des deux sommets. A ce niveau respiration très soufflante avec nombreux râles humides. Respiration normale ailleurs.

Au cœur : Léger souffle diastolique de la base, se propageant sur le bord gauche du sternum et vers les vaisseaux du cou, sans autre signe d'I. A.

L'abdomen est souple, cependant la malade signale que depuis l'accouchement elle a des débâcles diarrhéiques. Il s'agit de 2 à 3 selles liquides par jour, précédées de coliques que l'évacuation soulage ; ces périodes durent 3 ou 4 jours, au plus une semaine, et sont entrecoupées par des périodes normales. Les troubles digestifs sont relativement minimes (diminution de l'appétit, langue saburrale). Pas de douleurs ni d'empâtement de la F. I. D., seulement quelques gargouillements.

Radioscopie pulmonaire : Côté droit : Etat alvéolaire du tiers supérieur. Opacité presque complète de tout le reste du poumon. Côté gauche : Gros hile. Nombreux points noirs sous-claviculaires.

Laboratoire : Expectoration muco-purulente avec très nombreux B. K. à l'E. D. Urines : Présence d'albumine. Pas de sucre.

La malade quitte le service le 30 mars 1930.

Persistance des signes pulmonaires. La diarrhée et les douleurs abdominales ont complètement disparu. Pas d'appétit.

(Cette malade est décédée le 1^{er} juin 1929.)

OBSERVATION XVIII

(Obs. n° 1871 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. B., 18 ans, ouvrière.

Entre dans le service le 24 juin 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire ayant débuté en septembre 1928, au cours d'une grossesse. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale un mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Tousseuse chronique. Première grossesse en 1927, sans particularité. En septembre 1928, au début d'une deuxième grossesse, la toux augmente, devient émetisante, la malade se met à cracher, à maigrir et à présenter des sueurs nocturnes.

Le 3 juin 1929, elle accouche à la Charité d'un garçon de 2.830 gr. (L'enfant reçoit du B. C. G. et est envoyé à Longchêne.) Un examen pratiqué à la Maternité révèle des lésions pulmonaires. On envoie la malade dans le service.

A l'entrée : Amaigrissement. Lassitude extrême. Un peu de cyanose des extrémités. La toux est fréquente, l'expectoration abondante. La température oscille entre 38,9 et 39,9. Pouls à 100.

Aux poumons : Signes de ramollissement des deux côtés, assez limités au sommet, du côté gauche ; très étendus au contraire du côté droit.

Rien au cœur. T. A. : 9/5,5.

L'abdomen est souple malgré une diarrhée persistante depuis l'accouchement.

Foie gros et douloureux. Rate normale.

Radioscopie : Côté droit : Grosse caverne au sommet avec état pommelé de tout le reste du poumon. Côté gauche : Spélunque au sommet. Etat alvéolaire de la partie moyenne.

Laboratoire: Crachats: 12 à 15 bacilles par champ à l'E. D.

Les urines contiennent de l'albumine.

Altération rapide de l'état général, la cyanose augmente, une forte dyspnée apparaît. Décès le 1^{er} juillet 1929.

A l'autopsie : Broncho-pneumonie tuberculeuse bilatérale. Dégénérescence graisseuse du foie. Entérite, appendicite et typhlite tuberculeuses intenses.

OBSERVATION XIX

(Obs. n° 1895 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

E. B., 32 ans, sans profession.

Entre dans le service le 24 juin 1929.

D. et R. : Pleurésie droite en 1923. Bronchite suspecte en 1925. Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse en novembre 1928. Pneumothorax entrepris en Italie. Broncho-pneumonie terminale un mois et demi après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Grippe en 1918. Mariée en 1920. Première grossesse en 1922. Pleurésie droite en 1923. Bronchite suspecte en 1925, mais sans lésion tuberculeuse caractérisée. En novembre 1928, au début d'une deuxième grossesse, la malade se met à tousser et surtout à maigrir rapidement. On pratique un pneumothorax droit dans un sanatorium d'Italie où elle est hospitalisée. Très améliorée, la malade vient en France et accouche à la première infirmerie de la Charité

le 4 juin 1929 d'une fille de 2.950 gr. bien portante. Les jours suivants, toux, poussées de température, grande lassitude. Envoyée dans le service.

A l'entrée : Très gros amaigrissement. Lassitude extrême. Sueurs nocturnes. Toux. Expectoration abondante.

Aux poumons : P. D. : Souffle amphorique sans signe d'épanchement. P. G. : Respiration un peu soufflante sous la clavicule avec quelques râles.

La *radioscopie* révèle des lésions beaucoup plus importantes. Côté droit : Grosse cavité de la partie moyenne. Un peu d'air en bas. Etat alvéolaire au milieu. Côté gauche : Etat alvéolaire des deux tiers supérieurs.

Le B.-W., négatif chez la mère, s'étant montré légèrement positif dans le sang du cordon, on essaie un traitement au muthanol. Au début l'appétit est meilleur, la malade semble avoir plus de force, mais rapidement apparaissent des signes de broncho-pneumonie tuberculeuse diffuse. Décès le 26 juillet 1929.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XX

(Obs. n° 1912 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

F. S., 31 ans, ménagère.

Entre dans le service le 2 avril 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une troisième grossesse. Aggravation après l'accouchement. Lésions ulcéro-caséuses du P. G. Pneumothorax artificiel. Broncho-pneumonie tuberculeuse droite terminale six mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Mère morte de suites de couches.

Antécédents obstétricaux : 1° Fausse-couche à 20 ans ;

2° Accouchement normal à 26 ans d'une fille actuellement bien portante ; 3° Accouchement prématuré à 7 mois à la Charité le 13 février 1929. Assez grosses hémorragies. Enfant bien portant.

Antécédents pathologiques : Scarlatine dans l'enfance. Excellente santé habituelle. Apparition de douleurs abdominales, toux, expectoration au début d'une troisième grossesse. Trois semaines après l'accouchement, phlébite du membre inférieur droit et recrudescence des phénomènes pulmonaires. Séjours à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, enfin à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Gros amaigrissement avec asthénie. Température 37,5 à 38.

Aux poumons : Lésions ulcéro-caséuses étendues à gauche. A droite, quelques craquements et quelques râles sous-crépitaux après la toux.

Rien au cœur. T. A. : 9/4,5.

Radioscopie : Opacité complète de la moitié supérieure du P. G. avec spélunques au sommet. Rien à droite.

Devant l'intégrité radioscopique du P. D. et l'évolution rapide des lésions à gauche, essai de pneumothorax (première insufflation le 24 avril 1929). Après trois mois de traitement, des adhérences persistent au sommet. Un peu de liquide apparaît. L'état général s'aggrave progressivement. Nouvelle phlébite, au membre inférieur gauche cette fois. Décès dans un état de cachexie extrême le 24 août 1929.

A l'autopsie : Epanchement purulent bilatéral. Broncho-pneumonie droite. Vastes cavernes du côté gauche encore mal comprimées. Dégénérescence graisseuse du foie. Entérite et typhlite tuberculeuses.

OBSERVATION XXI

(Obs. n° 2046 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

I. E., 28 ans.

Entre dans le service le 19 février 1920.

D. et R. : Antécédents tuberculeux familiaux. Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une quatrième grossesse. Infiltration du S. D. Poussée bilatérale récente après l'accouchement.

Mère morte en septembre dans le service, de tuberculose pulmonaire. Sept frères ou sœurs, tous morts de tuberculose. Elle-même tousse depuis l'enfance, mais pas de maladies sérieuses.

Un enfant mort en bas âge de broncho-pneumonie. Un enfant prématuré (6 mois 1/2) mort après sa naissance. Quatre enfants en bonne santé. Dernier accouchement, prématuré (8 mois), le 22 décembre 1929, dans le service du Docteur Rhenter. Depuis le début de sa grossesse la malade tousse davantage et crache un peu. Rien de particulier pendant l'accouchement, mais les jours suivants dyspnée et température à 38-38,5, quintes de toux fréquentes entraînant des vomissements, sueurs nocturnes abondantes, diminution de l'appétit. La malade est envoyée dans le service.

A l'entrée : Légère dyspnée. Hippocratisme avec un peu de cyanose des extrémités. Expectoration abondante, surtout la nuit et nettement purulente.

Aux poumons : Matité des deux sommets. Léger pot fêlé sous la clavicule droite. Signes cavitaires du sommet droit à l'auscultation. A gauche, respiration granuleuse avec quelques craquements après la toux.

Au cœur : Tachycardie (112). T. A. 10/5,5.

Léger météorisme abdominal. Suites de couches normales.

Radioscopie : Côté droit : Etat alvéolaire des parties

moyenne et inférieure. Condensation du lobe supérieur avec une plage claire arrondie, sous-claviculaire. Côté gauche : Etat alvéolaire du tiers supérieur avec plages claires. Très gros hile.

Laboratoire : Crachats : Nombreux B. K. à l'E. D.

La malade quitte le service le 2 avril 1930.

(Cette malade est décédée en février 1931.)

OBSERVATION XXII

(Obs. n° 2072 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. P..., 35 ans, sans profession.

Entre dans le service le 27 janvier 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire et laryngée. Début apparent au huitième mois d'une grossesse. Lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Décès quatre mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Coqueluche et rougeole dans l'enfance. Deux enfants bien portants. Pas de fausse-couche. Excellente santé habituelle. Premières manifestations pathologiques un mois avant son dernier accouchement par enrrouement puis aphonie complète avec fort mal de gorge et dysphagie. Accouchement normal le 15 janvier 1930 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Les jours suivants, poussées vespérales de température à 39, anorexie, toux plus fréquente, expectoration plus abondante. L'examen révèle des lésions pulmonaires et la malade est envoyée dans le service.

A l'entrée : Très mauvais état général. Laryngite apparue depuis l'accouchement.

Aux poumons : Lésions ulcéro-caséuses bilatérales extrêmement étendues.

Rien au cœur. T. A. 9/5,6.

Radioscopie : Etat alvéolaire de la plus grande partie

dès deux champs pulmonaires avec nombreuses géôles. Seules les bases restent claires.

Laboratoire : Crachats : Un B. K. tous les 10 à 20 champs.

Evolution progressive. Température très irrégulière, de type inverse. Abattement de plus en plus profond.

La malade quitte le service le 30 avril 1930, pour aller mourir chez elle.

OBSERVATION XXIII

(Obs. n° 2100 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. C., 28 ans, ménagère.

Entre dans le service le 19 mai 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse. Lésions bilatérales. Décès 13 jours après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Quatre enfants (deux bien portants, deux morts en bas âge d'affections indéterminées). Premières manifestations pulmonaires au sixième mois de sa dernière grossesse, en février 1930 (toux avec expectoration). Deux mois après, dysphonie puis aphonie complète. Accouchement en mai à la deuxième infirmerie. On trouve des lésions tuberculeuses et on envoie la malade dans le service.

A l'entrée : Très gros amaigrissement avec asthénie. Anorexie. Diarrhée profuse. Température oscillant entre 39 et 40.

Aux poumons : Signes cavitaires au sommet droit. Infiltration du reste de ce poumon et de tout le poumon gauche.

Au cœur : Grosse tachycardie. Tendance au rythme pendulaire. T. A. : 9/5.

Laboratoire : Crachats : Très nombreux B. K. à l'E. D. Aggravation très rapide et décès le 23 mai 1930. (L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XXIV

(Obs. n° 2162 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. R., 21 ans, sans profession.

Entre dans le service le 18 mai 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse en 1929. Aggravation après l'accouchement. Infiltration des deux côtés. Lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Décès un an après l'accouchement.

Quatre sœurs mortes d'affections indéterminées. Bonne santé habituelle. Mariée en octobre 1928. Premiers symptômes pathologiques au cours d'une grossesse en février 1929 : toux, perte de l'appétit, amaigrissement. Accouchement sans incidents en avril 1929, mais la malade ne peut allaiter. Aggravation progressive nécessitant l'hospitalisation.

A l'entrée : Gros amaigrissement. Hippocratisme net des doigts. Très légère cyanose des extrémités. Teinte bronzées des téguments sans aucun signe d'addisonisme. Les yeux sont un peu gros, le regard un peu brillant. Tachycardie : 120.

Aux poumons : P. D. : Signes cavitaires du sommet et de la partie moyenne. Infiltration de la base. P. G. : Respiration soufflante avec nombreux râles humides dans la totalité du champ pulmonaire.

Foie un peu gros, mais non douloureux, rate normale. Aménorrhée complète depuis trois mois.

Laboratoire : Crachats : 16 à 20 B. K. par champ à l'E. D. Glycémie : 1 gr. 60 0/00. Cholestérinémie : 0,86 0/00.

En juin la température devient hectique. La malade se plaint de troubles digestifs, notamment d'une diarrhée intense. L'amaigrissement s'accroît (plusieurs kilogs depuis l'entrée).

Décès le 10 août 1930.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XXV

(Obs. n° 2163 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. G., 32 ans, sans profession.

Entre dans le service le 10 juillet 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse gémellaire. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale avec pneumothorax spontané six mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Trois enfants bien portants. C'est en octobre 1929 que pour la première fois se manifestent des symptômes pulmonaires. La malade, qui est enceinte, perd rapidement ses forces, se met à tousser et à cracher. Cinq mois plus tard, en mars 1930, elle accouche de deux jumeaux (l'un est envoyé à Desbrousse pour une lésion cardiaque, l'autre meurt à 17 jours). Aggravation nette après l'accouchement : quintes de toux plus fréquentes, la nuit surtout, sueurs profuses; nouvel amaigrissement ; mais jamais d'hémoptysie. Après un bref séjour à Hauteville, on l'envoie dans le service.

A l'entrée : Gros amaigrissement avec asthénie, température à 38.

Aux poumons : gros signes cavitaires aux deux sommets. Infiltration de la partie moyenne des deux côtés.

Au cœur : Frottements péricardiques, à timbre raueux. Pas de souffle. T. A. : 11/3.

Abdomen souple.

Radioscopie : Symphise totale à gauche. Etat pommelé total des deux côtés.

Laboratoire : Crachats : 12   15 B. K. par champ à l'E. D.

Aggravation progressive : dyspnée, cyanose, œdème malléolaire.

Décès le 6 septembre 1930.

A l'autopsie : Vastes lésions ulcéro-caséeuses bilatérales. Broncho-pneumonie tuberculeuse bilatérale. Pneumothorax spontané enkysté à gauche. Entérite tuberculeuse. Vaste abcès froid occupant presque tout le rein gauche.

OBSERVATION XXVI

(Obs. né 2223 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. B., 30 ans, ouvrière en soie.

Entre dans le service le 23 août 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire ayant débuté au cours d'une grossesse, en septembre 1929. Aggravation après l'accouchement en mai 1930. Lésions ulcéro-caséeuses de la moitié supérieure du poumon droit. Infiltration du sommet gauche. Décès huit mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Trois enfants bien portants. Bonne santé habituelle. Prem res manifestations pathologiques au début de sa deuxième grossesse en septembre 1929 : toux, anorexie, amaigrissement. Accouchement en mai 1930. Les jours suivants, recrudescence des S. F. et S. G. Hospitalisation.

A l'entrée : Cachexie accentuée. Amaigrissement. Toux fréquente, expectoration abondante, à tendance nummulaire. Quelques douleurs dans les jambes sans  d me.

Aux poumons : Signes cavitaires des deux tiers sup -

rieurs du poumon droit. Signes d'infiltration du poumon gauche avec, au sommet, quelques signes cavernuleux plus discrets.

Rien au cœur. T. A. : 9/5.

Léger météorisme abdominal. Douleurs diffuses après les repas avec maximum à droite s'exagérant à la pression des régions vésiculaire et appendiculaire. Constipation opiniâtre. Gros foie douloureux. Grosse rate.

Aménorrhée complète depuis l'accouchement.

Radioscopie : Côté droit : Etat alvéolaire diffus des deux tiers supérieurs. Sommet noir. Diaphragme remonté. Côté gauche : Etat pommelé fin diffus avec quelques plages claires sous-claviculaires.

Laboratoire : Crachats : Nombreux B. K. en amas et isolés. Glycémie : 1 gr. 15 0/00. Cholestérinémie : 1 gr. 0/00.

La température oscille pendant le séjour entre 37 et 38,5 avec des oscillations sur la courbe. Baisse à 36 la veille du décès qui se produit le 10 janvier 1931.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XXVII

(Obs. n° 2325 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. P., 32 ans, ménagère.

Entre dans le service le 3 avril 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse en 1929. Lésions ulcéro-caséuses du poumon gauche. Pneumothorax artificiel. Bon décollement, mais évolution tuberculeuse du côté droit.

Un frère mort à 20 ans d'une hémoptysie.

Pleurésie droite à 17 ans. Mariée à 24. Après trois fausses couches, toutes à 3 mois, un médecin pratique un examen sérologique, puis un traitement spécifique. Ultérieurement, deux accouchements, l'un en 1923, l'autre au

début de l'été 1929. Enfants bien portants. Pendant sa dernière grossesse, congestion pulmonaire qui guérit bien. Etat général assez bon pendant quelques mois, mais fin janvier 1930 : toux, points de côté, anorexie, amaigrissement, puis quelques crachats striés de sang (baciloscopie positive au Dispensaire). Hospitalisation.

A l'entrée : Amaigrissement et asthénie notables. Température oscillant entre 37,5 et 38,5.

Aux poumons : P. G. : Signes cavitaires très étendus. P. D. : Respiration simplement un peu soufflante au sommet. Crachats : 25 à 30 B. K. par champ à l'E. D.

Départ pour la clinique Sainte-Thérèse. Retour le 7 octobre 1930 pour des poussées de température à 38,5 depuis quelques jours.

Outre l'existence des signes cavitaires déjà notés à gauche, on constate au sommet droit une respiration très rude avec, après la toux, quelques craquements et quelques râles humides.

Rien au cœur. T. A. : 4/3. Crachats : 60 à 80 B. K. par champ. *Urines* : Gros disque d'albumine.

On décide de tenter un pneumothorax gauche (première insufflation le 27 octobre 1930). Après 14 insufflations, bon décollement mais poussées évolutives à droite et décès le 21 mai 1931. (L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XXVIII

(Obs. n° 2327 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. B., 22 ans.

Entre dans le service le 21 mars 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en janvier 1931 au cours d'une première grossesse. Lésions ulcéro-caséieuses du lobe supérieur droit. Essai de pneumothorax artificiel. Granulie terminale un mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Une sœur morte de rougeole contractée après une fausse-couche. Personnellement rougeole pour la première fois à l'âge de 5 ans. Deuxième atteinte à 8 ans. Scarlatine à 15 ans. Première grossesse à 20 ans. Bronchite durant cette grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois, attribué par la malade à un traumatisme abdominal. Deuxième grossesse en 1930. Vomissements assez fréquents au début. Vers le 20 décembre, la malade prend froid, se met à tousser et à cracher un peu, puis elle se plaint d'un violent point de côté droit sous-mammaire. En janvier nouvelle rougeole (troisième atteinte depuis l'enfance). La maladie évolue favorablement, mais pendant la convalescence, à la suite d'un froid, recrudescence des phénomènes pulmonaires : toux plus fréquente, expectoration plus abondante, nouveau point de côté. Hospitalisation.

A l'entrée : Malade amaigrie, qui tousse et crache beaucoup (toux parfois émétisante) et se plaint de douleurs persistantes vers l'omoplate droite. Température variant entre 37 et 38,5.

Aux poumons : P. G. : Simplement un peu d'obscurité au sommet. P. D. : Gros signes cavitaires au sommet. Respiration très soufflante dans le reste du poumon.

Radioscopie : Condensation du lobe supérieur droit, avec au centre, sous la clavicule, une plage claire.

Laboratoire : Expectoration muco-purulente avec quelques B. K.

Devant l'unilatéralité et l'extension rapide des lésions, on tente un pneumothorax. Première insufflation le 30 mars 1931. Après la septième insufflation, on note certaine amélioration des S. F. et S. G.

A la radioscopie : Décollement complet sauf quelques fines adhérences au sommet. Rien à gauche. C'est dans ces conditions que la malade, transportée à la Maternité, accouche le 30 avril 1931 d'un enfant bien portant de 2.500 gr. (envoyé à la nourricerie Raymond). Immédia-

tement après l'accouchement, la température monte à 40. Elle se maintient entre 39 et 40 pendant la semaine suivante puis devient très irrégulière. La huitième insufflation d'azote est pratiquée le 5 mai, mais bientôt on doit abandonner le pneumothorax, le pouls devient faible et très rapide ; la dyspnée et la cyanose apparaissent et deviennent de plus en plus intenses.

Décès le 29 mai 1931.

A l'autopsie : Pneumonie caséuse du lobe supérieur droit avec poussée granulique au niveau des plèvres et du péritoine. Le poumon gauche est à peu près sain.

OBSERVATION XXIX

(Obs. n° 2491 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

L. B., 21 ans, sans profession.

Entre dans le service le 1^{er} février 1932.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au début d'une cinquième grossesse par une violente crise dyspnéique. Aggravation rapide après l'accouchement à six mois. Pyopneumothorax spontané droit avec énormes lésions ulcéro-caséuses des deux côtés. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale 15 jours après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Elle est l'année de neuf enfants, tous bien portants. En février 1930, rougeole et congestion pulmonaire consécutive, soignée à l'Hôpital de la Croix-Rousse. Coqueluche en octobre 1930. Début d'une grossesse en septembre 1931. Le 1^{er} février 1932, brusquement, vers 17 heures, violente crise dyspnéique qui nécessite l'hospitalisation.

A l'entrée : Malade amaigrie, pâle, extrêmement lasse. La température oscille entre 37,5 et 39,5.

Aux poumons : Signes cavitaires aux deux sommets.

Au cœur : Légère tachycardie. T. A. : 9,5/6,5.

Pas d'albuminurie.

Accouchement à 6 mois, au début de mars, à la Maternité de la Croix-Rousse. L'enfant a vécu seulement quelques heures. La malade revient extrêmement fatiguée. Après un clocher à 40, la température se maintient à 39-39,5. Aphonie complète depuis l'accouchement. Cyanose, oppression constante, avec quelques crises dyspnéiques plus violentes.

Aux poumons : Peu de modifications des signes cliniques.

Radioscopie : Côté gauche : Etat pommelé fin avec voile diffus du haut en bas. Côté droit : Médiastinite, voile diffus.

Brusquement, le 18 mars 1932, la température baisse à 36,2.

Décès le même jour à 20 h. 30.

A l'autopsie : Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse de la moitié supérieure des deux poumons avec poussées récentes de tubercules dans la moitié inférieure. Pneumothorax avec épanchement séreux à droite. Foie cardiaque. Ulcérations tuberculeuses intestinales.

OBSERVATION XXX

(Obs. n° 2600 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. T., 22 ans.

Entre dans le service le 7 septembre 1932.

D. et R. : Salpingite tuberculeuse ancienne. A la suite d'un accouchement en septembre 1932 : péritonite et entérite tuberculeuses. Granulie pharyngée. Granulie pulmonaire terminale 18 jours après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Bronchite à 7 ans. Bonne santé habituelle. Mariée en 1928. Trois en-

fants, bien portants. Dernier accouchement le 2 septembre 1932 dans le service du Docteur Rhenter. Quelques vomissements au début de sa grossesse. Au cours des derniers mois, apparition d'un point de côté thoracique à gauche, avec toux et amaigrissement. A la suite de l'accouchement, la température atteint 40°, une diarrhée profuse apparaît et la malade nous est envoyée dans un état de prostration extrême.

A l'entrée : Pouls à 120. Température oscillant entre 38,5 et 39,5.

Aux poumons : P. D. : Foyer soufflant au sommet avec râles humides et cavernuleux augmentant après la toux. P. G. : Bouffées de râles humides dans la moitié supérieure. Dans tout le reste du poumon, nombreuses sibilances. Quelques râles fins disséminés des deux côtés.

Au cœur : Tachycardie.

Gros météorisme abdominal ne permettant pas de sentir la rate.

La malade attire, en outre, l'attention sur une dysphagie intense apparue depuis l'accouchement. A l'examen les lésions prédominent sur l'amygdale gauche, région amygdalienne et piliers du même côté, sous forme de petits débris pultacés avec existence de petites granulations sur la région amygdalienne, les piliers et la paroi postérieure du pharynx. Un petit ganglion sous-maxillaire.

Radioscopie : Sommets clairs. Flou gris diffus avec quelques plages claires. Ombres plus fortes autour du hile. Foie gros remonté.

Laboratoire : Frottis des ulcérations buccales. Pas de B. K., quelques cocci. Formule leucocytaire normale. Urines très troubles, rougeâtres, contenant de l'albumine. Weber négatif dans les fèces.

Le 19 septembre 1932, « persistance de température entre 38 et 39. Depuis 24 heures, apparition de dyspnée

avec battement des ailes du nez. Cyanose des extrémités. Pouls petit, très rapide. Au cœur, rythme nettement embryocardique. Gros météorisme abdominal. Un peu moins de diarrhée ».

Augmentation rapide de dyspnée et cyanose. Décès le 20 septembre 1932.

A l'autopsie : Salpingite tuberculeuse très probablement primitive. Péritonite tuberculeuse intense consécutive à l'accouchement. Enormes ulcérations intestinales. Granulie rénale. Granulie pulmonaire bilatérale intense.

OBSERVATION XXXI

(Obs. n° 2650 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M.-L. P., 20 ans, sans profession.

Entre dans le service le 6 juin 1932.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début grippal en 1932, à la fin d'une grossesse. Aggravation après l'accouchement. Lésions ulcéro-caséuses du S. G. Amélioration par un pneumothorax artificiel.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Mariée en 1931. Accouchement le 27 avril 1932 à l'Infirmerie de la Charité. Enfant bien portant. Apparition d'une grippe persistante pendant le dernier mois de la grossesse. Après l'accouchement, poussées de température. Des examens cliniques et radioscopiques révèlent des lésions pulmonaires. On envoie la malade dans le service.

A l'entrée : Amaigrissement peu accusé. Pâleur, toux fréquente, expectoration abondante. Température : 37,5. Poids: 46 kgs 500.

Aux poumons : P. G. : Au sommet, signes cavitaires nets (souffle, râles, pot fêlé). Respiration très soufflante dans tout le reste du poumon. P. D. : Au sommet, submatité, respiration un peu rude sans adventices.

Bruits du cœur normaux.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté droit : Bande noire scissurale. Côté gauche : Opacité diffuse des deux tiers supérieurs. Sinus encore clair.

Laboratoire : Crachats : 10 à 12 B. K. par champ à l'E. D.

On entreprend un pneumothorax artificiel gauche (première insufflation le 13 juin 1932). Traitement simultané par les sels d'or.

Le 11 décembre 1932 : « Décollement complet, bonne compression. Au début un peu de liquide qui a complètement disparu depuis. Rien à droite. Poids actuel : 49 kgs. »

Départ pour Hauteville.

(En 1933 : La malade est actuellement rentrée chez elle. Etat général et pulmonaire parfait.)

OBSERVATION XXXII

(Obs. n° 2659 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. M., 29 ans, ménagère.

Entre dans le service le 23 juin 1932.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une deuxième grossesse par une congestion pulmonaire droite. Aggravation et apparition d'une laryngite après l'accouchement (le 23 avril 1932). Etat satisfaisant après un pneumothorax droit (15 injections).

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Un enfant de 19 mois.

Au cours d'une deuxième grossesse, en avril 1932, la malade, hospitalisée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, y contracte une congestion pulmonaire droite. Accouchement le 23 avril, sans incident, mais en raison de l'état pulmonaire, la malade est envoyée à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Pâleur accentuée des muqueuses sans trop d'amaigrissement. Anorexie très prononcée. Pas de troubles digestifs. Aphonie depuis l'accouchement. Pouls régulier à 85. Ni douleurs, ni oppression. Expectoration muco-purulente. Température à 38 avec poussées à 38,5 ou 39.

Aux poumons : Les signes sont localisés sous la clavicule droite, matité, respiration très soufflante avec râles humides après la toux. Rien ailleurs.

Bruits du cœur normaux.

Abdomen souple.

Examen O.-R.-L. : Laryngite tuberculeuse.

Radioscopie : Côté droit : Grosse tache sombre arrondie, externe sous-claviculaire. S. clair. Côté gauche normal.

Laboratoire : Crachats : 1 B. K. par champ à l'E. D.

Sang : 3.410.000 globules rouges.

On entreprend un pneumothorax (première insufflation le 2 août 1932) (Docteur Gaillard). La tache sombre radioscopique sous-claviculaire se creuse d'une grosse caverne au milieu, mais le décollement est bon. Un peu de liquide apparu en septembre est complètement résorbé en 2 ou 3 mois. En décembre : « bonne compression. Pas de liquide. Rien à droite ».

La malade quitte le service le 1^{er} janvier 1933.

(Cette malade est décédée en septembre 1933.)

b) Cas à évolution progressive

OBSERVATION XXXIII

(Obs. n° 759 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. H., 31 ans, guimprière.

Entre dans le service le 25 octobre 1924.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une grossesse, en février 1920. Lésions ulcéro-caséeuses bilatérales.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Légère adénopathie cervicale. Rougeole dans l'enfance. Mariée en 1919. Premières manifestations pathologiques en février 1920 au début d'une grossesse. Début grippal : frissons, points de côté, toux émétisante. En juillet 1920, assez grosse hémoptysie (un bol environ). En septembre accouchement à 7 mois 1/2 d'un enfant mort. Délivrance artificielle sous anesthésie à l'infirmerie de la Croix-Rousse. De 1921 à 1924, obligée de se soigner, la malade travaille seulement par intermittences, très irrégulièrement, crache peu mais tousse toujours beaucoup. Elle engraisse un peu pendant un séjour de 4 mois à la campagne, en 1923. En janvier 1924, elle prend froid, s'alite pendant une quinzaine de jours. Points de côté multiples, surtout à gauche. Toux très fréquente. Expectoration très abondante. Température : 39-40. Amaigrissement. Sueurs nocturnes. Aggravation rapide. Hospitalisation.

A l'entrée : Aurait perdu 12 kgs depuis janvier. Sans forces, sans appétit. La température varie entre 37,5 et 38,5.

Aux poumons : Signes cavitaires aux deux sommets

Rien au cœur. T. A. : 8/5.

Abdomen souple. Foie un peu gros. Rate normale.

Radio-scopie : Etat pommelé des deux sommets et des deux tiers supérieurs des deux poumons. Bases claires.

Laboratoire : Crachats : Nombreux B. K.   l'E. D.

Pendant son séjour : Amaigrissement de plusieurs kilogs. La température oscille entre 38 et 39 depuis février. Extension rapide des lésions pulmonaires. Cependant la malade veut rentrer chez elle le 12 mars 1925.

(Cette malade est décédée en mai 1925.)

OBSERVATION XXXIV

(Obs. né 1049 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. C., 36 ans.

Entre dans le service le 1 r mars 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1920 au cours d'une grossesse. Lésions ulcéro-caséeuses bilatérales. Mort subite par hémoptysie en 1926.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle, tout au plus quelques poussées rhumatismales. Accouchement à 30 ans. Dès le début de sa grossesse, grande faiblesse et toux sèche, persistante. Améliorée par un séjour à la campagne, elle rechute à son retour et se plaint d'une très vive dyspnée d'effort. Point pleurétique en janvier 1925.   la même époque quelques hémoptysies. En janvier 1926 nouvelles crises de rhumatisme articulaire et aggravation des phénomènes pulmonaires. Hospitalisation.

  l'entrée : Dyspnée très vive. Température oscillant entre 37 et 39,5. Pouls 110. Toux fréquente. Expectoration nummulaire très abondante. Accès d'oppression toutes les nuits.

Aux poumons : Lésions ulcéro-caséeuses bilatérales extrêmement étendues.

Au cœur : Augmentation nette de la matité cardiaque.

Pointe difficilement sentie et seulement quand la malade est assise. Elle paraît très fixe. Léger souffle systolique de la pointe mais pas de frottements. L'aorte n'est pas surélevée. T. A. : 8/4.

Foie un peu gros, non douloureux.

Radioscopie : Grosse masse noyant le cœur dont on ne voit pas les battements, envoyant des travées dans les fissures de chaque côté. Rien aux sommets.

Laboratoire : Crachats : Très rares B. K. à l'E. D.

B.-W. : Négatif.

Le 14 mars 1926 : « La malade avait passé une bonne journée et reçu des visites. S'étant levée vers 20 heures, brusquement une énorme hémoptysie inonde le lit. Mort foudroyante. »

A l'autopsie : Vastes lésions ulcéro-caséuses bilatérales. A gauche, énorme caverne du lobe inférieur comblée par un gros caillot sanguin. Sur une partie de sa paroi on voit une branche vasculaire isolée, nettement perforée, point de départ de l'hémorragie terminale.

Au cœur : Pas de lésions vasculaires. Grosse adénopathie trachéo-bronchique. Foie cardiaque.

OBSERVATION XXXV

(Obs. n° 1146 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. F., 20 ans, sans profession.

Entre dans le service le 25 août 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1924, au cours d'une grossesse. Aggravation en 1925. Infiltration des deux sommets. Adénopathie trachéo-bronchique.

Pas d'antécédents tuberculeux. Soignée à 14 ans, pendant trois mois, pour bronchite. Complètement guérie, elle se marie trois ans plus tard. Peu après son mariage, elle prend froid et commence à tousser. Grossesse en

1924 assez mal supportée. La malade est hospitalisée pour une cystite, mais, en outre, elle tousse beaucoup et maigrit rapidement. Accouchement sans incident. L'enfant meurt à 15 mois de méningite. Alternatives d'aggravation et d'amélioration jusqu'à l'hiver 1925-26. Alors, toux plus fréquente, anorexie, perte des forces, nouvel amaigrissement.

A l'entrée : Mauvais état général. Température variant entre 37 et 38.

Aux poumons : P. G. : Respiration très soufflante avec quelques craquements et râles humides après la toux, dans les fosses sus-épineuses et sus-claviculaires sans signes cavitaires. P. D. : Respiration rude au sommet avec quelques râles humides.

Rien au cœur. T. A. : 10,5/6.

Pas de troubles digestifs, mais légère douleur à la palpation profonde dans les régions cæcale et sigmoïdienne. Foie normal. Grosse rate.

Radioscopie : S. G. complètement bouché, sans éclairage. S. D. bouché, s'éclairant peu. Grosses travées hilaires des deux côtés. Emphysème des bases.

Laboratoire : Expectoration bacillifère.

La malade quitte le service le 9 septembre 1926. Etat pulmonaire et général stationnaires.

(En 1933, la malade va très bien et travaille régulièrement.)

OBSERVATION XXXVI

(Obs. n° 2071 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

L. P., 21 ans.

Entre dans le service le 30 novembre 1929.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent par une hémoptysie au cours d'une grossesse en septem-

bre 1925. Accouchement en novembre. Poussée évolutive consécutive, du côté gauche. Pneumothorax artificiel.

Pas d'antécédents tuberculeux. Quatre frères ou sœurs bien portants. Rougeole à 3 ans. Pneumonie gauche à 14 ans. Deux enfants bien portants. Une hémoptysie légère au septième mois de sa deuxième grossesse en septembre 1925, constitue le premier symptôme. Accouchement en novembre 1925 dans le service du Docteur Rhenter. Après l'accouchement, toux, expectoration muco-purulente. Pas d'amaigrissement. Pas de sueurs nocturnes. La malade est envoyée dans le service.

A l'entrée : Pas de température.

Aux poumons : P. G. : Signes de bronchite diffuse avec quelques râles crépitants, très discrets surtout dans les fosses sus et sous-épineuses, très nets dans la fosse sus-claviculaire. A ce niveau, respiration très soufflante.

Bruits du cœur normaux.

Abdomen souple.

Radioscopie : P. G. : Gros hile avec très fortes expansions vers l'aisselle. Sommet clair. P. D. normal.

Laboratoire : Crachats : Très nombreux B. K. à l'E. D.

Pneumothorax artificiel (première insufflation le 9 décembre 1929). En janvier : amélioration; pas de B. K. dans les crachats.

Départ le 29 avril 1930 pour Sainte-Eugénie.

(En 1933, cette malade est suivie par le Dispensaire. Bon état général. Travaille.)

Commentaires

I. — Ce deuxième groupe d'observations réunit 24 cas dans lesquels une seule grossesse étant en cause, le début de la tuberculose a coïncidé avec cette grossesse.

Nous les avons répartis ainsi qu'il suit :

1° Evolution rapide, 20 cas : 7 décès dans le mois qui a suivi l'accouchement (obs. XIV, XV, XVIII, XXIII, XXVIII, XXIX et XXX) ; 2 du 1^{er} au 3^e mois (obs. XIX et XX) ; 2 du 3^e au 6^e mois (obs. XXII et XXV) ; 2 du 6^e au 9^e mois (obs. XVII et XXVI) ; 1 du 9^e au 12^e mois (obs. XIII) ; 5 décès de la 1^{re} à la 2^e année (obs. XVI, XXI, XXIV, XXVII et XXXII). Une guérison par pneumothorax.

2° Evolution progressive : deux décès, 5 et 6 ans après l'accouchement (obs. XXXIII et XXXIV). Deux survies (obs. XXXV et XXXVI).

II. — La mortalité est de 21 cas dont 14 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 3 cas.

Le pourcentage est donc de :

Mortalité au total 87,5 % dont 58,3 dans la première année.

Survie en 1933: 12,5 %.

III. — Les tuberculoses révélées au cours de la grossesse sont les plus graves. C'est là une notion presque classique que nos résultats vérifient une fois de plus. L'évolution rapide après l'accouchement est particulièrement fréquente. Dans plusieurs cas, celui-ci constitue une deuxième cause d'aggravation, et des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminales apparaissent avant même que les lésions apicales ne soient arrivées aux stades de ramollissement et d'excavation.

IV. — Si nous exceptons un cas dans lequel nous n'avons pu préciser d'une manière exacte le début de la tuberculose, celui-ci s'est manifesté, pendant les premiers mois de la grossesse chez 14 malades et chez 9 malades pendant les derniers. La mortalité est sensiblement la même dans les 2 cas.

V. — La tuberculose révélée au cours de la grossesse n'affecte pas un type spécial, mais il convient de noter la fréquence particulière des formes ulcéro-caséuses. Ces formes sont justiciables de la collapsothérapie en raison de leur évolution rapide, et cela d'autant plus que des adhérences pleurales n'ont pas encore eu le temps de se constituer.

Dans plusieurs cas, les échecs du pneumothorax artificiel ont été dus à des poussées broncho-pneumoniques, soit bilatérales en cas de pneumothorax incomplet, soit du côté opposé lorsque le décollement avait été satisfaisant. Nous relevons 2 cas de P. A. avec succès durable (obs. XXXI et XXXVI).

L'observation (XXX) est un cas de granulie apparue après l'accouchement chez une 3^e pare qui présentait des lésions tubaires anciennes, de nature tuberculeuse.

(Une seule grossesse en cause. La tuberculose a débuté pendant cette grossesse).

NUMÉRO de l'observation	ÂGE au moment de la grossesse	DÉBUT apparent de la tuberculose au cours de la grossesse	PARITÉ	ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE accouchement	ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE
ÉVOLUTION RAPIDE					
XIII	42 ans.	1 ^{re}	1 ^{re} grossesse	A terme, octobre 1924.	Décès, 7 juillet 1925.
XIV	19 ans.	1 ^{re}	1 ^{re}	7 mois, 13 oct. 1926.	Décès, 3 novembre 1926.
XV	25 ans.	1 ^{re}	—	A terme, 5 janvier 1927.	Décès, 14 janvier 1927.
XVI	21 ans.	1 ^{re}	3 ^e	A terme, 17 février 1927.	Décès, novembre 1928.
XVII	20 ans.	1 ^{re}	1 ^{re}	7 mois, 12 octobre 1928.	Décès, 1 ^{er} juin 1929.
XVIII	18 ans.	1 ^{re}	2 ^e	A terme, 3 juin 1929.	Décès, 1 ^{er} juillet 1929.
XIX	31 ans.	1 ^{re}	—	A terme, 4 juin 1929.	Décès, 26 juillet 1929.
XX	31 ans.	1 ^{re}	3 ^e	7 mois, 13 février 1929.	Décès, 24 avril 1929.
XXI	28 ans.	1 ^{re}	6 ^e	8 mois, 22 décembre 1929.	Décès, février 1931.
XXII	35 ans.	2 ^e	—	A terme, 15 janvier 1930.	Décès, mai 1930.
XXIII	28 ans.	2 ^e	4 ^e	A terme, mai 1930.	Décès, 23 mai 1930.
XXIV	20 ans.	2 ^e	1 ^{re}	A terme, avril 1929.	Décès, 10 août 1930.
XXV	32 ans.	1 ^{re}	3 ^e	A terme (gem ^{re}) m. 1930.	Décès 6 septembre 1930.
XXVI	29 ans.	1 ^{re}	3 ^e	A terme, mai 1930.	Décès, 10 janvier 1931.
XXVII	32 ans.	?	5 ^e	A terme, déb. été 1929.	Décès 21 mai 1931.
XXVIII	21 ans.	1 ^{re}	2 ^e	A terme, 30 avril 1931.	Décès, 29 mai 1931.
XXIX	21 ans.	1 ^{re}	1 ^{re}	6 mois, début mars 1932.	Décès 18 mars 1932.
XXX	22 ans.	2 ^e	3 ^e	A terme, 2 septemb. 1932.	Décès, 20 septemb. 1932.
XXXI	20 ans.	2 ^e	1 ^{re}	A terme, 27 avril 1932.	Départ pour Hauteville, le 11-12-32.
XXXII	29 ans.	2 ^e	—	A terme, 23 avril 1932.	Décès, septembre 1933.
ÉVOLUTION PROGRESSIVE					
XXXIII	27 ans.	1 ^{re} moit.	1 ^{re} grossesse	7 mois ½, juillet 1920.	Décès, en mai 1915.
XXXIV	30 ans.	1 ^{re}	—	A terme en 1920.	Décès, le 14 mars 1926.
XXXV	18 ans.	?	1 ^{re}	A terme en 1924.	Etat satisfaisant en 1933.
XXXVI	17 ans.	2 ^e	—	A terme, novembre 1925.	Etat satisfaisant en 1933.

3° Tuberculose révélée après l'accouchement

a) *Cas à évolution rapide*

OBSERVATION XXXVII

(Obs. n° 362 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

R. B., 21 ans, couturière.

Entre dans le service le 12 octobre 1922.

D. et R. : Grippe et pleurésie en 1919. Accouchement en août 1922. Tuberculose pulmonaire consécutive. Laryngite tuberculeuse. Essai infructueux de pneumothorax. Décès six mois après l'accouchement.

Une sœur de la malade a eu, à l'âge de 4 ans, une ascite. Elle a actuellement 9 ans et est complètement guérie.

Dans l'enfance, rougeole, varicelle et conjonctivite (?) ayant duré un an. Grippe et pleurésie à 18 ans. Pendant l'hiver 1921-1922, point de côté persistant à droite. En août 1922, accouchement d'une fille bien portante. Les jours suivants perte des forces, toux sèche, aphonie. Aggravation progressive pendant 2 mois. Hospitalisation.

A l'entrée : Gros amaigrissement. Température à grandes oscillations (36,5 à 39). Toux fréquente, parfois émétiqisante. Expectoration abondante, franchement purulente. Enrouement persistant.

Aux poumons : P. G. : Signes d'infiltration totale. P. D. : Respiration rude avec, au sommet, quelques craquements et quelques râles sous-crépitaants après la toux.

Examen laryngoscopique : Laryngite tuberculeuse.

Radioscopie : Infiltration complète de l'hémithorax gauche. Zone d'obscurité sous-claviculaire à droite.

Laboratoire : Nombreux B. K. dans les crachats.

Tentative de pneumothorax artificiel gauche (Docteur Pallasse). Première insufflation le 14 octobre 1922, mais apparition d'un épanchement et évolution rapide. On arrête le pneumothorax à la troisième insufflation.

A la radioscopie : Léger décollement de la base.

Décès le 17 février 1923.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XXXVIII

(Obs. n° 377 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. P., 22 ans, couturière.

Entre dans le service le 2 mars 1923.

D. et R. : Antécédents bacillaires familiaux. Tuberculose pulmonaire. Début apparent après un accouchement. Pneumonie caséuse à gauche. Infiltration et excavation à droite. Essai d'injection azotée intrapleurale. Décès 2 mois après l'accouchement.

Père mort de tuberculose pulmonaire après avoir présenté des ostéites multiples. Très délicate dans l'enfance mais jamais malade. Elle accouche en janvier 1923 et allaite son enfant pendant un mois. Dès la fin de sa grossesse elle avait perdu l'appétit et maigri. Après l'accouchement elle se met à tousser, se plaint d'un violent point de côté gauche, commence à cracher. En même temps, la température atteint 38,5 ou 39, le soir. Hospitalisation.

A l'entrée : Température voisine de 41. Pouls à 140. Oppression au moindre effort. Cyanose des extrémités. Nombreux ganglions cervicaux et sous-claviculaires, surtout à gauche. Gros paquet ganglionnaire dans l'aisselle gauche.

Aux poumons : Signes d'infiltration diffuse des deux côtés avec spélunques aux sommets.

Au cœur : Tachycardie. T. A. : 9/5.

Abdomen souple.

A la radioscopie : Obscurité totale des deux poumons.

Après un essai de pneumothorax artificiel (première insufflation le 6 mars) : Décollement de la base gauche, fusée de l'air le long du thorax.

Laboratoire : Crachats : 7 à 8 B. K. par champ à l'E. D.

Altération rapide de l'état général. La cyanose s'accroît. Mort par asphyxie progressive le 20 mars 1923. (L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XXXIX

(Obs. n° 432 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. L., 24 ans.

Entre dans le service le 25 avril 1923.

D. et R. : Pneumonie caséuse du lobe supérieur droit après un accouchement en avril 1923. Pneumothorax artificiel. Infiltration du lobe supérieur gauche. Plusieurs hémoptysies. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminale du côté gauche 7 mois après l'accouchement.

Rougeole et coqueluche à 4 ans. Mariée à 17 ans.

Première grossesse en 1920, au forceps (enfant mort après 24 heures). Deuxième grossesse avec placenta prævia, en 1921. Accouchement à l'Hôtel-Dieu. Enfant bien portant. Malgré des hémorragies assez abondantes, la malade conserve un bon état général et allaite pendant un mois.

Pendant une troisième grossesse un peu de fatigue, un peu d'asthénie. Accouchement à la Maternité le 13 avril 1923. Température normale les 14 et 15 avril. Le 16 avril, brusquement, point de côté violent au sommet droit. Les jours suivants, toux fréquente avec expectora-

tion et température oscillant de 37,5 à 39. Pas d'hémoptysie.

Venant de la Maternité, la malade fait un premier séjour dans le service du 25 avril au 30 juillet 1923.

Mauvais état général. Pâleur. Décoloration des muqueuses. Pouls à 100. Température oscillant entre 37,5 et 39.

Aux poumons : P. D. : En arrière, submatité de la partie supérieure et de la partie moyenne. A ce niveau, souffle, éclat de la toux et nombreux râles humides. Mêmes signes en avant sous la clavicule et dans l'aisselle, respiration normale à la base. P. G. : Submatité du sommet avec, à ce niveau, quelques râles après la toux.

Bruits du cœur normaux.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté droit : Obscurité complète du sommet. Image triangulaire de la partie moyenne. Grosses travées hilaires. Quelques pommelures à la partie supérieure. Le sommet s'éclaire à la toux.

Laboratoire : Liquide pleural : Polys. 60 % ; monos, 40 %. Très rares B. K. Le 1^{er} mai 1923 on entreprend un pneumothorax droit. Pendant le traitement alternatives d'amélioration et d'aggravation. Deuxième séjour du 29 septembre au 27 novembre 1923.

Après la onzième insufflation (29 octobre 1923), poussées de température à 38,6. Plusieurs hémoptysies de 80 à 100 cc. chacune. Dyspnée et cyanose.

Aux poumons : P. D. : Au sommet, persistance des signes déjà notés. Signes liquidiens à la base. P. G. : Matité dans la fosse sus-épineuse avec abolition des vibrations. Dans les fosses sus-épineuses, sus et sous-claviculaires, respiration soufflante avec nombreux râles humides augmentant après la toux. Aggravation rapide. Nouvelles hémoptysies. Décès le 27 novembre 1923.

A l'autopsie : Pneumonie caséuse du lobe supérieur droit. Pneumothorax artificiel ayant à peu près complè-

tement comprimé le poumon droit. Broncho-pneumonie tuberculeuse du poumon gauche récente et granulie terminale de ce côté.

OBSERVATION XL

(Obs. n° 1097 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. L., 18 ans, employée.

Entre dans le service le 1^{er} février 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent à la suite d'un accouchement, en janvier 1926. Lésions ulcéro-caséieuses bilatérales. Décès 6 mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Varicelle à 5 ans. A cet âge, cécité passagère et surdité ayant persisté depuis. Mariée en 1926. Deux enfants bien portants. Dernier accouchement le 19 décembre 1925, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. A la suite, hémorragies abondantes pendant un mois. C'est alors que la malade, très affaiblie, a commencé à tousser. En même temps diminution rapide des forces, perte de l'appétit, amaigrissement, sueurs nocturnes. Peu après, apparaît une expectoration rapidement abondante avec de petits filets de sang. Hospitalisation.

A l'entrée : Amaigrissement notable. Persistance des S. F. et S. G., mais pas de température.

Aux poumons : Signes de ramollissement très étendus du côté droit. A gauche, respiration soufflante avec quelques râles après la toux, sous la clavicule.

Au cœur : Souffle systolique de la pointe se propageant dans l'aisselle. T. A. : 11/6.

Abdomen souple.

Radioscopie : Aspect aréolaire de la presque totalité du poumon droit. A gauche, deux ombres : l'une scissurale, l'autre, triangulaire, à la base.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K. à l'E. D. Quelques-uns après homogénéisation.

Léger disque d'albumine dans les urines.

Aggravation progressive et décès le 20 juin 1926.

A l'autopsie : Vastes lésions ulcéro-caséuses du poumon droit. Lésions un peu moins avancées du P. G. Symphise pleuro-péricardique. Péritonite adhésive. Entérite tuberculeuse. Dégénérescence graisseuse du foie. Reins amyloïdes.

OBSERVATION XLI

(Obs. n° 1156 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. D., 31 ans, ménagère.

Entre dans le service le 11 juin 1926.

D. et R. : Mari tuberculeux. Polymortalité infantile. Bronchite très ancienne. Tuberculose pulmonaire. Début apparent à la suite d'un accouchement en 1924. Lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Décès deux ans après l'accouchement.

Mère morte des suites de couches. Père mort de pleurésie. Mari tuberculeux. Quatre enfants morts (scarlatine, diarrhée verte, un mort-né et un d'affection indéterminée). Trois enfants vivants bien portants. Pas de fausses couches. A la suite de ses dernières couches, en 1924, grande faiblesse. Température à 40 le soir. Toux. Expectoration abondante. Amaigrissement de 13 kgs en trois mois. Alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis deux ans environ, persistance d'une légère laryngite. Hospitalisation.

A l'entrée : Anémie assez marquée. Pas de cyanose.

Aux poumons : S. G. : Matité. Diminution des vibrations. Respiration très soufflante. Râles. Retentissement de la voix et de la toux. S. D. : Submatité, augmentation

des vibrations. Respiration soufflante, sans signes surajoutés. Aux deux bases, respiration très soufflante.

Bruits du cœur normaux. Aménorrhée depuis deux mois.

Laboratoire : Expectoration bacillifère.

En juillet 1926 : « Anorexie complète. Température très irrégulière. Expectoration franchement nummulaire. Diarrhée depuis une huitaine de jours sans coliques. Cependant l'abdomen est souple et non douloureux.

Aux poumons : P. D. : Persistance des mêmes signes. P. G. : Apparition de signes caverneux (souffle, râles humides, gargouillements).

Radioscopie : Deux grosses spélunques sus et sous-claviculaires à gauche. Etat alvéolaire du reste du poumon. Etat alvéolaire de la partie moyenne du P. D. »

Aggravation rapide. Décès le 2 août 1926.

A l'autopsie : Lésions ulcéro-caséeuses bilatérales très étendues. Dégénérescence graisseuse du foie.

OBSERVATION XLII

(Obs. n° 1157 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. M., 19 ans, ouvrière.

Entre dans le service le 18 mai 1926.

D. et R. : Accouchement en novembre 1925. Typho-bacillose. Début apparent en avril 1926. Granulie pleuro-péritonéale. Ovarite gauche, peut-être primitive. Décès 9 mois après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. A 15 ans, angine qui a récidivé deux fois depuis. Accouchement en novembre 1925. L'enfant est mort à 2 mois de diarrhée. En mars 1926, la malade se met à tousser, à cracher, perdre ses forces et transpirer au moindre travail. Un mois après, elle commence à avoir de la température (39-40), en même temps qu'apparaît une

diarrhée profuse avec douleurs abdominales. Hospitalisation au service des typhiques puis dans notre service.

A l'entrée : Pouls 112. Température autour de 37,5. Prostration accentuée. Intolérance gastrique absolue.

Aux poumons : P. G. : Foyer de râles sous-crépitaux en arrière dans la région hilaire. P. D. : Quelques craquements disséminés dans la moitié supérieure sans foyers nets.

Bruits du cœur normaux. T. A. : 10/6,5.

Ce qui frappe surtout à l'examen, c'est l'augmentation de volume du ventre, augmentation surtout de la partie sous-ombilicale avec matité légère dans les flancs. La palpation profonde de la F. I. G. est douloureuse. Le foie n'est pas augmenté de volume. La rate n'est pas perçue.

Disparition des règles depuis le 20 mars. Au T. V. col un peu gros avec utérus mobile. Douleurs légères à gauche, sans qu'on perçoive les annexes. Pas de douleurs vésicales. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Radioscopie : Côté droit obscur. Côté gauche : Masse un peu opaque au niveau du hile.

Laboratoire : Quelques B. K. à l'E. D.

En somme, typhobacillose qui se localise actuellement à une poussée de granulie péritonéale peut-être avec lésion ovarienne gauche.

Décès le 29 août 1926. (L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XLIII

(Obs. n° 1171 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

Marie B..., épouse D..., 24 ans, ménagère.

Entre dans le service le 16 septembre 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent après un accouchement en juillet 1926. Lésions ulcéro-

caséuses bilatérales. Décès cinq mois après un cinquième accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole à 5 ans. Mariée à 18 ans. A eu cinq enfants dont trois sont morts (bronchite à 7 mois, entérite à 1 mois, coqueluche à 10 mois), deux bien portant.s.

Depuis une pleurésie en 1924, persistance d'un point de côté au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Dernier accouchement le 12 juillet 1926 à la Maternité de la Croix-Rousse. Immédiatement après l'accouchement, toux, température à 39 le soir, faiblesse, anorexie, amaigrissement, essoufflement à l'effort. Hospitalisée à l'Hôtel-Dieu, la malade refuse un pneumothorax et quitte l'hôpital. Aggravation progressive. Hospitalisation à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Malade très asthénique qui dit avoir maigri de 10 kgs depuis son accouchement. Température à grandes oscillations. Pas de dyspnée, mais légère cyanose des extrémités.

Aux poumons : P. D. : Signes cavitaires au sommet. P. G. : Respiration très soufflante au sommet avec quelques râles humides après la toux.

Au cœur : Tachycardie (130). T. A. : 9/5,5.

Abdomen souple malgré une diarrhée persistante (sept selles par jour) avec coliques. Foie et rate normaux.

Radioscopie : Côté droit : Triangle opaque à base axillaire. Etat alvéolaire de presque tout le poumon. Côté gauche : Etat pommelé du lobe supérieur.

Laboratoire : Bacilloscopie positive.

Aggravation progressive et décès le 13 octobre 1926.

A l'autopsie : Lésions ulcéro-caséuses de tout le poumon droit avec symphise totale. Mêmes lésions de la moitié supérieure du poumon gauche.

OBSERVATION XLIV

(Obs. n° 1348 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. L., 19 ans.

Entre dans le service le 15 février 1927.

D. et R. : Antécédents tuberculeux familiaux. Tuberculose pulmonaire. Début apparent en novembre 1926, après un accouchement. Infiltration des deux sommets. Poussée broncho-pneumonique terminale sept mois après l'accouchement.

Une sœur morte à 23 ans, de tuberculose. Diphtérie à 14 ans. Bonne santé habituelle, n'a jamais toussé, ni craché. C'est trois semaines après un accouchement, en novembre 1926, qu'apparaissent les premières manifestations pathologiques : fièvre, toux, expectoration. L'enfant présente des signes de bronchite peu après sa naissance. Aggravation progressive. Hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, puis à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Température à 38. Peu d'amaigrissement.

Aux poumons : Signes d'infiltration de presque tout le poumon droit. Infiltration légère du sommet gauche.

Rien au cœur. Abdomen souple, foie et rate normaux.

Radioscopie : P. D. : Etat alvéolaire du tiers supérieur. Ligne scissurale. Etat pommelé de la base. P. G. : Voile du sommet.

Laboratoire : Quelques B. K. dans les crachats à l'E. D.

Après une phase d'amélioration apparente (baisse légère de température, la malade tousse peu et ne crache presque plus), nouvelle aggravation des S. F. et S. Ph. Apparition d'œdème malléolaire. Température à grandes oscillations.

Décès le 19 juin 1927.

A l'autopsie : Broncho-pneumonie tuberculeuse du P. D. avec pleurésie. Début de broncho-pneumonie tuberculeuse du côté gauche.

OBSERVATION XLV

(Obs. n° 1403 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. C., 30 ans, ménagère.

Entre dans le service le 19 juin 1927.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent un mois après accouchement. Lésions ulcéro-caséeuses du sommet gauche. Infiltration du sommet droit. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminales, moins de six mois après l'accouchement.

Père mort de pleurésie. Mère morte des suites de couches. Excellente santé habituelle. Une fausse couche en mars 1926. Deuxième grossesse la même année. Accouchement le 9 mars 1927, sans incident, enfant bien portant. Allaitement pendant un mois, puis perte de l'appétit avec grande lassitude obligeant la malade à cesser l'allaitement. En mai elle commence à tousser et à cracher, mais sans hémoptysies. Quelques vomissements après la toux. Hospitalisation un mois après.

A l'entrée : Amaigrissement, pâleur, asthénie, mais pas de température.

Aux poumons : P. G. : Signes cavitaires au sommet bien perçus en avant dans les fosses sus et sous-claviculaires. P. D. : Signes d'infiltration du sommet et de la partie moyenne.

Rien au cœur. T. A. : 9/5.

Radioscopie : Des deux côté, état alvéolaire des deux tiers supérieurs. Très gros hiles avec ganglions calcifiés. En plus, à droite, condensation sous la clavicule.

Laboratoire : Crachats : Assez nombreux B. K. à l'E. D. Léger disque d'albumine dans les urines. Evolution rapide.

La température, qui oscillait entre 38 et 39,5, descend le 27 août au-dessous de 37. Le 30 août, température à 36 le matin. Décès le même jour à 21 heures.

A l'autopsie : Lésions ulcéro-caséuses des deux sommets. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminales. Début de tuberculose rénale. Entérite tuberculeuse. Dilatation des cavités droites. Foie et reins cardiaques.

OBSERVATION XLVI

(Obs. n° 2359 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

E. C., 26 ans 1/2, ménagère.

Entre dans le service le 6 mars 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'un allaitement. Lésions ulcéro-caséuses du sommet droit, puis bilatérales. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux. Pleurésie gauche au cours d'une grossesse en 1924. Une fausse-couche en 1928. Trois enfants bien portants. Dernier accouchement le 19 juillet 1929. En juin 1930, au cours de l'allaitement, la malade crache à deux reprises des filets de sang. Toux. Expectoration de plus en plus abondante. Hospitalisation.

A l'entrée : Pas d'amaigrissement. Etat général assez bon, mais température à 39, tachycardie, légère cyanose des extrémités.

Aux poumons : P. D. : Signes cavitaires du sommet. P. G. : Lésions diffuses, submatité, gros râles dans toute l'étendue du champ pulmonaire.

Bruits du cœur rapides. T. A. : 8/5.

Radioscopie : Etat alvéolaire des deux tiers supérieurs des deux champs pulmonaires.

Laboratoire : Crachats : 30 à 40 B. K. par champ à l'E. D.

Evolution rapide. La température se maintient autour

de 38-38,5. La cyanose s'accroît. Décès le 17 mai 1931.

A l'autopsie : Vastes lésions ulcéro-caséennes des deux côtés. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale. Entérite tuberculeuse intense.

OBSERVATION XLVII

(Obs. n° 2368 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

H. B., 30 ans, journaliste.

Entre dans le service le 18 juin 1931.

D. et R. : Pleurésie gauche en 1929. Hémoptysie et pleurésie droite en 1930, deux mois après un septième accouchement. Lésions ulcéro-caséennes bilatérales. Décès 15 mois après l'accouchement.

Père mort à 42 ans de congestion pulmonaire. Deux sœurs mortes en bas âge. Pas de maladies sérieuses. Bonne santé habituelle. Six enfants (quatre bien portants, deux morts de broncho-pneumonie à 15 jours et 2 mois). Pas de fausse couche.

En avril 1929, pleurésie gauche, soignée à l'Hôtel-Dieu (clinique du Professeur Pic). Septième accouchement le 9 avril 1930 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Enfant bien portant.

Le 14 juin 1930, dans l'après-midi, après une quinte de toux, la malade a une forte hémoptysie (un demi-litre de sang rouge vif) coïncidant avec l'apparition des règles. Nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu où on trouve des lésions pulmonaires et une pleurésie droite cette fois (ponction exploratrice positive). Traitement par les sels d'or. Légère amélioration pendant un an. En mai 1931, grippe avec malaise général, toux quinteuse, persistante, sans expectoration, asthénie, amaigrissement rapide (10 kgs en un mois), sueurs nocturnes. Hospitalisation à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Gros amaigrissement. Température : 38.

Pouls : 110. Pas d'oppression, mais légère cyanose des extrémités.

Aux poumons : Signes cavitaires aux deux sommets, respiration soufflante avec gros râles humides dans le reste des deux champs pulmonaires.

Rien de particulier au cœur.

Abdomen souple. Grosse rate.

Laboratoire : Crachats : Très rares B. K. à l'E. D.

Aggravation progressive, la température oscille entre 38,5 et 39,5. Dyspnée. Cyanose intense.

Décès le 11 juillet 1931.

A l'autopsie : Cavernes des deux sommets, surtout à droite avec, dans l'étendue des deux poumons, infiltration tuberculeuse et nodules broncho-pneumoniques. Ulcérations intestinales.

OBSERVATION XLVIII

(Obs. n° 2378 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. M., 28 ans, sans profession.

Entre dans le service le 20 juillet 1931.

D. et R. : Bronchites à répétition dans l'enfance.

Séjour dans un sanatorium. Tuberculose pulmonaire évolutive après un accouchement, en mai 1929. Lésions ulcéro-caséuses du côté gauche. Pneumothorax commencé en juin. Apparition de lésions ulcéro-caséuses du côté droit. Décès 2 ans après l'accouchement.

Pas d'antécédents familiaux. Bronchites à répétition les hivers, depuis l'enfance. Typhoïde et scarlatine à 6 ans, dans un sanatorium où la malade était hospitalisée. Méningite à 14 ans (séjour de 6 mois au lit). Mariée à 25 ans. Premières manifestations pulmonaires immédiatement après un accouchement en mai 1929, du côté gauche. A l'Hôtel-Dieu, dans le service du Docteur Cordier, on entreprend un pneumothorax artificiel (première

insufflation le 17 juin 1929). Les insufflations ont continué au Dispensaire après que la malade a quitté l'hôpital. Cependant, aggravation progressive. Hospitalisation à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Malade très amaigrie, dyspnéique, dysphonique, qui tousse et crache relativement peu.

Aux poumons : P. D. : Signes cavitaires au sommet. Infiltration de la partie moyenne. P. G. : Bruits amphoriques.

Bruits du cœur normaux. Abdomen souple.

Radioscopie : Côté droit : Etat alvéolaire du haut en bas. Côté gauche : Pneumo avec adhérences au sommet. Un peu de liquide.

Laboratoire : Crachats : 10 à 12 B. K. par champ à l'E. D. Aggravation rapide. Température oscillant entre 37,5 et 39. Dyspnée et cyanose.

Décès le 28 juillet 1931.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION XLIX

(Obs. n° 2548 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. S., 31 ans, sans profession.

Entre dans le service le 16 mars 1932.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Lésions fibro-caséuses bilatérales. Début apparent en 1931 après une grossesse gémellaire. Broncho-pneumonie terminale 18 mois environ après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Mariée depuis 10 ans, elle aurait eu plusieurs enfants. Deux seulement sont encore en vie. Très bonne santé jusqu'à ses dernières couches au début de 1931 (grossesse gémellaire). Immédiatement après l'accouchement légère hémoptysie, puis sueurs nocturnes, amaigrissement (7 kgs dans le courant de l'année 1931). Hospitalisation.

A l'entrée : Amaigrissement notable mais assez bon appétit. Toux fréquente. Expectoration mucopurulente peu abondante. Pouls : 110. Température : 38,5.

Aux poumons : P. G. : Signes cavitaires au sommet. Gros râles sous-crépitaux dans tout le champ pulmonaire. P. D. : Respiration soufflante avec râles sous-crépitaux au sommet. Frottements pleuraux aux deux bases.

Au cœur : Tachycardie. T. A. : 10,5/6,5.

Abdomen souple. Foie de volume normal. On ne perçoit pas la rate.

Légère hypertrophie diffuse du corps thyroïde.

Examen laryngoscopique : Tuberculose laryngée forme hypertrophique localisée, sous forme d'une petite tumeur, siégeant au-dessous de l'aryténoïde gauche, alors que le reste du larynx est absolument normal.

Radioscopie : Côté gauche : Rétraction. Opacité diffuse avec quelques plages claires. Côté droit : Etat pommelé fin des deux tiers supérieurs.

Laboratoire : Crachats . 3 à 4 B. K. par champ à l'E. D.

Aggravation progressive. Décès le 7 juin 1932.

A l'autopsie : Ganglions crétaqués trachéo-bronchiques. Cavernes d'apparence ancienne des deux sommets. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale.

OBSERVATION L

(Obs. n° 2598 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. S., 32 ans, lingère.

Entre dans le service le 12 juin 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent

après une grossesse en mai 1931. Infiltration du sommet droit et poussée bronchitique diffuse bilatérale.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Pleurésie sèche droite à 28 ans, soignée à l'Hôtel-Dieu (Professeur Savy). Convalescence pénible. Reprise des forces pendant un séjour à la campagne. Accouchement au forceps le 15 mai 1931 à la Charité (Service du Docteur Trillat). Enfant bien portant. Les jours suivants, température persistante, asthénie, anorexie, amaigrissement rapide, sans toux, sans expectoration. Hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, puis à la Croix-Rousse.

A l'entrée : On est frappé par le teint jaunâtre et la décoloration des muqueuses et des conjonctives. Grande faiblesse générale et lipothymies.

Aux poumons : P. G. : Respiration rude et soufflante sans adventices. P. D. : Foyer de râles humides dans la fosse sus-épineuse éclatant en bouffées après la toux.

Abdomen souple, sans points douloureux, malgré une constipation opiniâtre depuis 8 jours. Foie et rate normaux.

Au cœur : Souffle systolique de la base à timbre doux, sans propagation axillaire, de caractère anémique.

Radioscopie : Signes beaucoup plus importants que ne le faisait prévoir l'auscultation. Côté droit : Sommet bouché. Etat alvéolaire total. Côté gauche : Voile diffus avec quelques plages claires au sommet.

Laboratoire : Crachats : Très rares B. K.

Urines : Gros disque d'albumine.

La malade quitte le service le 7 septembre 1931.

(Cette malade est décédée en 1932).

b) *Cas à évolution progressive*

OBSERVATION LI

(Obs. n° 838 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

P. L., 27 ans, cultivatrice.

Entre dans le service le 22 mai 1925.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1921 après un accouchement. Essai de pneumothorax artificiel en avril 1925. Lésions ulcéro-caséieuses bilatérales. Décès 4 ans après l'accouchement.

Un frère tuberculeux. A la suite d'un accouchement en 1921, la malade tousse, maigrit, perd ses forces. Pendant trois ans, des périodes d'amélioration alternent avec des poussées évolutives. Le 1^{er} mars 1925, première hémoptysie qui se reproduit fréquemment pendant 3 mois 1/2. Un pneumothorax gauche entrepris dans le courant d'avril (10 insufflations en tout) fait cesser les hémoptysies. Cependant devant la persistance des S. F. et des S. G., la malade est envoyée à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Amaigrissement et anémie considérables.

Aux poumons : Grosse déformation thoracique due à une scoliose dorso-lombaire. Aplatissement d'avant en arrière de l'hémithorax droit avec absence d'expansion. A l'auscultation, signes cavitaires très étendus du côté droit. Le poumon gauche reste soufflant surtout au niveau du hile, mais on n'entend pas de râles, même après la toux.

Au cœur : Grosse tachycardie (150). T. A. : 7,5/5.

Radioscopie : Côté droit : Aspect pommelé du haut en bas. Côté gauche : 2 ou 3 cavernes au sommet. Etat pommelé du tiers moyen.

Laboratoire : Crachats : 4 à 5 B. K. par champ à l'E. D.

Aggravation progressive. La température, très irrégulière, présente les derniers jours des oscillations de 37.8 à 40,1.

Décès le 9 juin 1925.

Autopsie : Lésions ulcéro-caséuses bilatérales très étendues. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale. Symphise pleurale.

OBSERVATION LII

(Obs. n° 923 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. C., 20 ans, domestique.

Entre dans le service le 13 mai 1925.

D. et R. : Grossesse et allaitement en 1922. Tuberculose pulmonaire. Début probable au cours de l'allaitement. Lésions ulcéro-caséuses à gauche. Essai de pneumothorax artificiel (8 insufflations), mais évolution du côté droit.

Père, mère et 10 frères ou sœurs en bonne santé. Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Bonne santé habituelle. Première grossesse à 17 ans. Accouchement normal à Sainte-Eugénie. La malade allaite non seulement son enfant, mais deux autres nourrissons. Le début de sa maladie remonterait à cette période d'allaitement qui, dit-elle, l'a épuisée. En octobre 1923, très amaigrie et faible elle quitte Sainte-Eugénie et se place comme domestique. Elle tousse et maigrit encore. Quelques hémoptysies en 1924. Depuis, les crachats sont fréquemment striés de sang. Aggravation progressive. Hospitalisation.

A l'entrée : Malade pâle, assez amaigrie, qui se plaint de douleurs dans tout l'hémithorax gauche.

Aux poumons : P. G. : Signes cavitaires au sommet avec nombreux râles disséminés dans tout le reste du poumon. P. D. : Respiration normale.

Au cœur : Tachycardie légère. Tension : 8/5.

Abdomen souple. Rien de particulier sauf un peu de gargouillement cæcal.

Radioscopie : P. G. : Grosse spélunque au sommet. Qadrilatère sombre à la partie moyenne. Sinus grisâtre. Diaphragme immobile. P. D. normal.

Laboratoire : Crachats : 7 à 8 B. K. par champ à l'E. D.

Urines : Gros disque d'albumine.

On entreprend un pneumothorax artificiel gauche le 20 mai 1925. Après la huitième insufflation, l'état général devient très mauvais. Le 9 juillet, hémoptysie d'un demi-litre environ. Pouls à 100. Température très irrégulière.

Aux poumons : Obscurité complète à gauche. A droite, rien de spécial au sommet et à la partie moyenne, mais apparition à la base et dans l'aisselle de bouffées de râles fins.

A la radioscopie : Côté gauche : Décollement sauf au sommet. Un peu de liquide. Côté droit : Apparition de pommelures surtout à la partie moyenne et à la base.

Décès le 14 septembre 1925.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée).

OBSERVATION LIII

(Obs. n° 1005 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. A., 18 ans.

Entre dans le service le 22 janvier 1926.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent 15 jours après un accouchement. Poussée bronchitique bilatérale. Localisation hilaire des deux côtés.

Un frère bacillaire âgé de 21 ans. Scarlatine à 10 ans.

Accouchement en octobre 1925. Premiers troubles 15 jours après, au cours de l'allaitement : toux sèche, amaigrissement (3 kgs en 3 mois), affaiblissement progressif, points de côté multiples, jamais d'hémoptysie.

A l'entrée : On est frappé par l'amaigrissement et l'état anémique avec décoloration nette des muqueuses.

Aux poumons : Râles sous-crépitaunts localisés au niveau de la région hilare des deux côtés, plus nombreux et plus gros du côté droit. Intégrité des sommets. Quelques râles secs et quelques frottements aux deux bases. « Il semble que la malade ait fait au cours d'un allaitement un peu pénible une poussée aiguë bronchitique et une localisation dans les régions hilaires des deux côtés ».

Pas de souffle anémique, ni au cœur, ni dans les vaisseaux du cou. T. A. : 10,5/6.

Abdomen souple.

Radioscopie : Sommets clairs. Base gauche opaque. Rétraction de l'hémithorax. Très gros hiles surtout à droite.

Laboratoire : Crachats : Quelques rares B. K. à l'E. D.

La malade quitte le service le 4 février 1926. Etat général médiocre.

(En 1933 : Etat pulmonaire et général satisfaisant).

OBSERVATION LIV

(Obs. n° 2089 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. C., 25 ans, domestique.

Entre dans le service le 3 janvier 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent après un accouchement, en novembre 1929. Ramollissement du sommet droit. Grosse amélioration par un pneumothorax artificiel (première insufflation le 8 février 1930).

Pas d'antécédents tuberculeux nets. Rougeole dans l'enfance. Premier accouchement en octobre 1929 (fille de 4 livres). Rentrée chez elle 15 jours après l'accouchement, la malade se met à tousser et à maigrir, perd ses

forces, a des points de côté. Elle se fait hospitaliser à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Température oscillant entre 37 et 38. Asthénie. Anorexie. Sueurs nocturnes. Toux fréquente. Expectoration muco-purulente abondante. Légère dyspnée d'effort.

Aux poumons : P. D. : Signes de ramollissement du sommet et de la partie moyenne. P. G. : Simple rudesse respiratoire du sommet.

Rien au cœur. Tension : 11/6.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté gauche : Hile un peu fort avec quelques travées. Côté droit : Lobite supérieure à limites nettes. Opacité du lobe avec quelques taches claires au milieu. Rien au-dessous.

Laboratoire : Crachats : 30 à 40 B. K. par champ à l'E. D.

Devant l'unilatéralité des lésions et le diagnostic admis de pneumonie caséuse du S. D., on décide un pneumothorax artificiel (première insufflation le 8 février 1930). Après la dixième insufflation (avril 1930), la température tend nettement à s'améliorer, la malade se sent mieux, tousse et crache moins, a bon appétit. Réapparition des règles.

Aux poumons : P. D. : Obscurité respiratoire complète mais sans signes cliniques de pneumothorax. P. G. : Respiration normale au sommet. Respiration de suppléance à la base.

Deuxième séjour du 10 septembre au 4 décembre 1930.

La malade est restée 6 mois à Hauteville. On a continué le pneumothorax. Engraissement de 4 kgs. Très bon état général. Peu de S. F. et S. G. Crachats : Pas de B. K. Traitement : allochrysine.

(Cette malade est partie à la campagne en 1932. Depuis, on n'a plus de ses nouvelles).

OBSERVATION LV

(Obs. n° 2155 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. N., 17 ans 1/2, domestique.

Entre dans le service le 5 juillet 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent après un accouchement. Poussée congestive hilaire du côté droit.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Accouchement le 18 mars 1930. Fille bien portante. Allaitement pendant un mois et demi. Immédiatement après l'accouchement : asthénie, perte de poids (3 kgs en un mois), toux, expectoration, points de côté multiples, surtout à droite. Hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, puis à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Assez bon état général. Pas de température. Anorexie avec digestions pénibles. Toux légère. Pas d'expectoration. Poids : 56 kgs.

Aux poumons : P. D. : Respiration rude au sommet et à la partie moyenne. Nonbreux râles humides après la toux dans la région hilaire. P. G. : Quelques craquements au sommet.

Rien au cœur. T. A. : 9/5.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté droit : Plage noire à la partie moyenne avec quelques travées hilaires. Côté gauche : Voile léger du sommet s'éclairant dans les grandes inspirations.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K. (salive).

B.-W. négatif.

Sang :

G. R. 4.705.000. G. B. 5.000 (poly. : 61).

Eosino. : 6. Lympho. : 6. M. Monos. : 17.

G. Monos. : 5. F. de T. : 5.

Sédimentation : 54,05.

Glycémie : 1,25 0/00.

Cholestérinémie : 1,08 0/00.

La malade quitte le service le 21 juillet 1930.

(En 1933 : Actuellement dans un sanatorium du Gard.

Va assez bien).

OBSERVATION LVI

(Obs. n° 2494 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

B. D., 26 ans, sans profession.

Entre dans le service le 24 février 1932.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent après un accouchement. Pneumothorax gauche en 1931.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Mariée à 19 ans. Trois enfants dont un mort en bas-âge de broncho-pneumonie. Les deux autres (2 et 3 ans) sont bien portants.

En août 1930, cinq mois après son dernier accouchement, la malade se met à tousser et à cracher. Dans un sanatorium de l'Isère, on entreprend un pneumothorax artificiel gauche (première insufflation le 7 septembre 1931) et un traitement par les sels d'or (allochrysine 0,10 par semaine). Cependant, les signes fonctionnels persistent et l'état général est mauvais. A peine sortie du sanatorium, la malade vient se faire hospitaliser.

A l'entrée : Dysphonie légère. Toux fréquente. Expectoration assez abondante. Point de côté gauche. Amaigrissement de 5 kgs depuis le début du pneumothorax, mais la malade se sent bien, a bon appétit. Ni dyspnée, ni oppression. Pas de température.

Aux poumons : P. G. : Obscurité respiratoire. Pas de succussion. Quelques frottements dans l'aisselle. P. D. : Simple respiration un peu rude de suppléance.

Au cœur : Bruits normaux.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté droit : Emphysème. Côté gauche : Pas de limite de décollement. Rétraction. Voile diffus général avec grande plage claire centrale.

Laboratoire : Crachats : Nombreux B. K. à l'E. D.

La malade quitte le service le 19 mars 1932.

(En 1933 : Actuellement en sanatorium. Etat satisfaisant).

OBSERVATION LVII

(Obs. n° 2522 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. G., 23 ans.

Entre dans le service le 15 février 1932.

D. et R. : Pleurésie à la suite d'une grossesse. Abscès froid costal de l'hémithorax droit. Lésions ulcéro-caséuses du sommet droit.

Pas d'antécédents tuberculeux. Pneumonie à 15 ans. Mariée à 18 ans, deux enfants bien portants. Premier accouchement en 1929 sans complications. Deuxième accouchement en 1930. A la suite, pleurésie droite, soignée à la Croix-Rousse. Depuis, amaigrissement, toux, expectoration abondante, plusieurs hémoptysies. Depuis deux mois, douleurs dans tout le côté droit. Depuis huit jours, tuméfaction sous le sein droit.

A l'entrée : Pas de température. Etat général assez bon mais la malade tousse et crache beaucoup. Pas d'appétit. Sur la paroi costale : tuméfaction allongée sur une longueur de 7 à 8 cm., au-dessous du sein droit. Peau normale. Pas de fluctuation.

Aux poumons : Submatité des deux sommets. A l'auscultation : P. D. : Signes cavitaires (souffle, râles, fort retentissement de la voix et de la toux) perçus avec plus d'intensité dans la fosse sus-épineuse. P. G. : Respiration normale.

Au cœur : Bruits rapides, mais normaux. Tension : 11,5/6.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté droit : Opacité légère de la moitié supérieure avec une plage claire. Sinus comblé. P. D. normal.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K.

Pus d'abcès costal : Nombreux poly. Pas d'éléments microbiens. Fibrine très abondante.

Le 25 février 1932, la malade passe en chirurgie. Résection costale. Excision des fongosités et des parois de l'abcès. Curetage. Suture sans drain.

(En 1933 : Cette malade va assez bien et est suivie régulièrement par le Dispensaire).

OBSERVATION LVIII

(Obs. n° 2591 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. S., 44 ans, lingère.

Entre dans le service le 25 juin 1932.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1928 après une troisième grossesse. Lésions fibro-caséennes du lobe supérieur droit. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminale quatre ans après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Trois enfants bien portants (27 ans, 24 ans et 4 ans). Santé excellente jusqu'à ses dernières couches, en 1928. A la suite de l'accouchement, asthénie progressive, perte de forces, anorexie, mais sans signes pulmonaires nets.

Santé satisfaisante jusqu'en avril 1932. A cette époque apparaît, sans point de côté, une dyspnée extrêmement intense, surtout dans la position debout ou assise obligeant la malade à garder le lit. En même temps, poussées de température à 38. Apparition d'une toux pénible

et fréquente. Sueurs nocturnes très abondantes. Hospitalisation.

A l'entrée : Amaigrissement. Pouls à 90. Température subfébrile.

Aux poumons : P. D. : Submatité du sommet. Nombreux râles humides dans les fosses sus et sous-épineuses, sus- et sous-claviculaires et dans l'aisselle, sans signes cavitaires. P. G. : Signes liquidien à la base. A la partie moyenne, respiration soufflante.

Radioscopie : Voile léger diffus, de la moitié supérieure du poumon droit. Epanchement de la base gauche.

Bruits du cœur normaux. T. A. : 12/7.

Léger météorisme abdominal. Foie gros. La rate n'est pas perçue.

Laboratoire : Crachats : Rares B. K.

Liquide pleural : Formule lymphocytaire (90 %). Très nombreux G. R. Quelques cellules endothéliales.

En août, le météorisme abdominal augmente, un œdème cachectique apparaît aux membres inférieurs, puis gagne la paroi abdominale. La température qui oscillait entre 37,5 et 38,5 devient très irrégulière et la malade meurt le 21 août 1932.

A l'autopsie : Tubercules crétacés anciens du poumon droit. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminales avec épanchement à gauche. Dégénérescence graisseuse du foie.

Commentaires

I. — Ce troisième groupe d'observations réunit 22 cas dans lesquels une seule grossesse étant en cause, la tuberculose a débuté après l'accouchement.

La répartition en est la suivante:

1° Evolution rapide, 14 décès: 2 dans les trois mois qui ont suivi l'accouchement (obs. XXXVIII et XLIII); 3 du 3^e au 6^e mois (obs. XXXVII, XL et XLV); 3 du 6^e au 9^e mois (obs. XXXIX, XLII et XLIV); un décès un an après (obs. L); 5 décès dans les 2 ans (obs. XLI, XLVI, XLVII, XLVIII et XLIX).

2° Evolution progressive, 3 décès (obs. LII 3 ans après); (obs. LI et LVIII, 4 ans après), et 5 survies en 1933 (obs. LIII, LIV, LV, LVI et LVII).

II. — La mortalité est de 17 cas dont 10 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 5 cas.

Le pourcentage est donc de:

Mortalité au total: 77 %, dont 45 % dans la première année.

Survie en 1933: 22,7 %.

III. — La tuberculose débute fréquemment d'une façon immédiate dans les jours qui suivent l'accouchement. C'est alors une ascension thermique brutale et élevée qui domine la scène clinique. La malade jusqu'alors apyrétique présente brusquement une température au voisinage de 40°.

Sur les 22 cas que comprend notre 3^e groupe d'observations et si nous exceptons 2 cas pour lesquelles le début était mal précisé, les premières manifestations tuberculeuses sont apparues 12 fois dans la première semaine, 5 fois du 8^e au 30^e jour, une fois du 1^{er} au 3^e mois, 2 fois au delà de 3 mois.

IV. — La majorité de ces observations sont des cas de tuberculose ulcéro-caséuse. Trois de ces malades ont bénéficié d'une amélioration durable par pneumothorax (obs. LIV, LV et LVI). Dans 2 cas (obs. LIII et LV), il s'agissait de formes congestives ou de formes à localisation hilare, dont le pronostic nous paraît nettement moins mauvais. Enfin l'observation LVIII est un cas de typhobacillose chez une malade porteuse probable de lésions annexielles tuberculeuses.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

(Une seule grossesse en causé. La tuberculeuse a débuté après l'accouchement).

NUMÉRO de l'observation	AGE	DÉBUT DE LA TUBERCULOSE après l'accouchement	PARITÉ	ACCOUCHEMENT	ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE
ÉVOLUTION RAPIDE					
XXXVII	21 a.	Immédiat.	1 ^{re} grossesse	A terme, août 1922.	Décès, 17 février 1923.
XXXVIII	22 a.	Immédiat.	1 ^{re} —	A terme, janvier 1923.	Décès, 20 mars 1923.
XXXIX	24 a.	Immédiat.	3 ^e —	A terme, 13 avril 1923.	Décès, 27 novembre 1923.
XL	18 a.	Un mois après.	2 ^e —	A terme, décembre 1925.	Décès, 20 juin 1926.
XLI	29 a.	Immédiat.	7 ^e —	A terme en 1924.	Décès, 2 août 1920.
XLII	18 a.	4 mois après.	1 ^{re} —	A terme novembre 1925.	Décès, 29 août 1926.
XLIII	24 a.	Immédiat.	5 ^e —	A terme 12 juillet 1926.	Décès, 13 octobre 1926.
XLIV	19 a.	Trois semaines apr.	1 ^{re} —	A terme novembre 1926.	Décès, 19 juin 1927.
XLV	30 a.	Un mois après.	2 ^e —	A terme 9 mars 1927.	Décès, 30 août 1927.
XLVI	24 a.	Onze mois après.	4 ^e —	A terme 19 juillet 1929.	Décès, 17 mai 1931.
XLVII	29 a.	Deux mois après.	7 ^e —	A terme 9 avril 1930.	Décès, 11 juillet 1931.
XLVIII	26 a.	Immédiat.	1 ^{re} —	A terme mai 1929.	Décès, 28 juillet 1931.
XLIX	30 a.	Immédiat.	Plus. gross.	A terme début de 1931. gross. gemellaire.	Décès, 7 juin 1932.
L	32 a.	Immédiat.	1 ^{re} grossesse	A terme 15 mai 1931.	Décès en 1932.
ÉVOLUTION PROGRESSIVE					
LI	23 a.	Immédiat.	1 ^{re} grossesse	A terme en 1921.	Décès, 9 juin 1925.
LII	17 a.	?	1 ^{re} —	A terme en 1922.	Décès, 14 septembre 1925.
LIII	18 a.	15 jours après.	1 ^{re} —	A terme octobre 1925.	Bon EG en 1933.
LIV	24 a.	15 jours après.	1 ^{re} —	A terme octobre 1929.	Allait bien en 1932.
LV	17 a.	Immédiat.	1 ^{re} —	A terme 18 mars 1930.	En 1933 : Hosp. en sang.
LVI	24 a.	5 mois après.	3 ^e —	A terme avril 1930.	En 1933 : Hosp. en sang.
LVII	21 a.	?	2 ^e —	A terme en 1930.	En 1933 : Très bon EG.
LVIII	40 a.	Immédiat.	3 ^e —	A terme en 1928.	Décès, 21 août 1932.

Cas dans lesquels plusieurs grossesses sont en cause

a) Cas à évolution rapide

OBSERVATION LIX

(Obs. n° 409 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

J. P., 23 ans, sans profession.

Entre dans le service le 23 avril 1933.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent après un accouchement en 1931. Poussée évolutive aiguë au cours d'une deuxième grossesse. Lésions ulcéro-caséeuses bilatérales. Broncho-pneumonie tuberculeuse et granulie terminales moins de 2 ans après l'accouchement.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole dans l'enfance. Typhoïde à 16 ans avec complications pulmonaires ayant obligé à suspendre temporairement les bains. Grosse asthénie pendant la convalescence. Mariée en 1920. Peu de temps après un premier accouchement, en 1921, la malade se met à maigrir et à présenter des hémoptysies. Un médecin fait sevrer l'enfant qui meurt bientôt en nourrice. Après une courte période d'amélioration (engraissement de 7 kgs), de nouvelles hémoptysies apparaissent en février 1922. La malade vue alors par le Professeur Courmont présente des lésions du sommet droit, mais peu évolutives. L'état général est bon. Un pneumothorax ne paraît pas indiqué. C'est dans ces

conditions que la malade améliorée pendant un séjour à la campagne redevient enceinte. Dès le début, apparition de vomissements incoercibles, augmentation de la toux, expectoration plus abondante, état général grave. Accouchement prématuré (8 mois 1/2), le 10 avril 1923. L'enfant bien portant est envoyé à Sainte-Eugénie. Les jours suivants, la température atteint 40, puis oscille autour de 39,5. La malade est hospitalisée à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Anémie considérable. La température, toujours très irrégulière, oscille entre 37,9 et 39,5. Toux fréquente. Expectoration purulente très abondante.

Aux poumons : Des deux côtés, signes cavitaires aux sommets et infiltration de la partie moyenne.

Bruits du cœur normaux. T. A. : 9,5/5.

Abdomen souple. Foie normal. La rate n'est pas perçue.

Radioscopie : Côté gauche : Spélunque sous-claviculaire. Sommet bouché. Obscurité de la partie moyenne. Côté droit : 4 ou 5 spelunques sous-claviculaires. Sommet obscur. Pommelures de la partie moyenne.

Extension rapide des lésions. Des signes cavitaires apparaissent à la base droite. Infiltration de tout le poumon gauche. Dyspnée et cyanose. Décès le 31 mai 1923.

A l'autopsie : Lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Infiltration de tout le poumon droit avec grosses cavernes au sommet. Infiltration et petites cavernes de la partie supérieure du poumon gauche. Nodules broncho-pneumoniques en voie de fonte caséuse. Granulie terminale.

OBSERVATION LX

(Obs. n° 469 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. L., 22 ans, brodeuse.

Entre dans le service le 17 septembre 1923.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent

après un accouchement en janvier 1923. Poussée évolutive aiguë au cours d'une deuxième grossesse en juin 1923. Pneumonie caséuse droite. Essai infructueux de pneumothorax artificiel en décembre 1923. Décès un mois après l'accouchement prématuré, à 6 mois.

Pas d'antécédents tuberculeux. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Typhoïde à 12 ans. Après 15 ans, la malade a eu 3 fois la diphtérie, compliquée la dernière fois de paralysie du voile du palais.

Premier accouchement en janvier 1923 d'un enfant bien portant. La malade allaite jusqu'à 5 mois. Les troubles sont apparus depuis l'accouchement : perte des forces, anorexie. Au cours d'une deuxième grossesse, en août 1923 des points de côté apparaissent, avec toux et amaigrissement.

A l'entrée : Température de type inverse (39, 39,5 matin ; 37,5, 38 soir). Dyspnée vive mais pas de cyanose.

Aux poumons : Pneumonie caséuse du poumon droit. Respiration normale à gauche.

Rien au cœur. T. A. : 9/6.

Grossesse actuelle de trois mois.

A la radioscopie : Côté droit : Zone de condensation obscure sous la clavicule, au tiers moyen. Tout le reste est légèrement opaque. Côté gauche : Aspect normal.

Laboratoire : Crachats : 1 à 2 B. K. par 50 champs parcourus.

On tente un pneumothorax (première insufflation le 2 octobre 1923). Le 9 octobre 1923, il est impossible de pratiquer la troisième insufflation. La malade passe à la maternité le 12 novembre 1923, où on pratique l'accouchement prématuré à 6 mois au début de décembre 1923. Elle revient dans le service le 12 décembre très affaiblie. La température oscille entre 36 et 39. Apparition d'une laryngite. Aux poumons : Signes de ramollissement étendus à droite. Au sommet gauche, respiration très soufflan-

te aux deux temps, avec quelques adventices après la toux.

A la radioscopie : Apparition de bulles claires sous-claviculaires. Pas de décollement pleural.

Décès le 29 décembre 1923.

A l'autopsie : Pneumonie caséeuse totale du côté droit. Granulie du côté gauche, avec granulie péritonéale, intestinale, hépatique, rénale, utérine.

OBSERVATION LXI

(Obs. n° 492 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. R., 26 ans, sans profession.

Entre dans le service le 23 janvier 1924.

D. et R. : Bronchite tous les hivers depuis 1915. Tuberculose pulmonaire. Début apparent en 1922 après un accouchement. Aggravation à la suite d'un deuxième accouchement en octobre 1923. Lésions ulcéro-caséeuses du côté droit.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux.

Depuis l'âge de 17 ans, chaque hiver un incident quelconque, angine ou bronchite, traîne plus ou moins pour disparaître complètement en été. Mariée en 1918. Premier accouchement en mars 1922 (enfant actuellement bien portant). Deuxième accouchement en juillet 1923 (enfant mort à 4 mois de diphtérie compliquée de broncho-pneumonie). Pas de fausses couches. A la suite du premier accouchement, quelques crachats sanglants pendant une journée avec température, transpirations, puis l'hémoptysie se répète sans inquiéter la malade. A la suite du deuxième accouchement, en octobre 1923, apparaît une expectoration purulente avec fièvre, sueurs abondantes, amaigrissement progressif. La malade se fait hospitaliser.

A l'entrée : Gros amaigrissement. Dysphonie. Point de

côté à la hauteur du sein droit ressenti également en arrière.

Aux poumons : P. G. : Au sommet, matité, quelques craquements après la toux. Respiration normale dans le reste du poumon. P. D. : Au sommet, matité, signes cavitaires perçus en avant et en arrière et dans l'aisselle. Reste du poumon : Submatité, râles et craquements.

Rien au cœur.

Abdomen souple, bien que la malade se plaigne de coliques et de constipation opiniâtre.

Foie normal. Rate non perçue.

Examen laryngoscopique : Cordes vocales rouges. La droite est un peu volumineuse.

La malade quitte le service le 1^{er} février 1924.

(Cette malade est décédée en 1924).

OBSERVATION LXII

(Obs. n° 497 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. L., 19 ans, journalière.

Entre dans le service le 17 avril 1923.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent après une grossesse. Laryngite tuberculeuse à forme dyspnéique. Décès.

Père mort à 49 ans de « congestion pulmonaire ». Un frère mort à 16 ans de pneumonie. Rougeole à 8 ans. Angine à 14 ans. Première grossesse assez bien supportée (sauf légère albuminurie). Accouchement en août 1922, à 7 mois, sans incidents, à la clinique obstétricale (Professeur Voron). Enfant mort cinq jours après sa naissance. Cystite après l'accouchement soignée à l'infirmerie de la Charité. Les premières manifestations pulmonaires : toux, perte de forces, apparaissent mais assez discrètes à la fin de la grossesse. Poussée évolutive nette

après l'accouchement : amaigrissement rapide, toux quinteuse, pénible, surtout au réveil, insomnie avec sueurs nocturnes très abondantes. Bientôt s'établit une expectoration abondante muco-purulente avec parfois des filets de sang. La malade se sent très faible, se plaint de points de côté dans la région scapulaire gauche. Légère gêne de la parole. Le 10 avril 1923, forte hémoptysie. Des crachats sanglants persistent pendant cinq jours. Hospitalisation.

A l'entrée : Léger hippocratisme, sans cyanose des extrémités. Laryngite depuis deux mois. Pouls : 72. Température : 38,2. Tension : 8/5.

Aux poumons : P. G. : Dans la fosse sus-épineuse, expiration soufflante, retentissement de la toux, ronchus et craquements nets. En avant, nombreux craquements dans la région sous-claviculaire. P. D. : Respiration normale.

Radioscopie : Voile des deux sommets, très léger à gauche, plus accentué à droite.

Laboratoire : Crachats : Ziehl négatif.

La malade était sortie le 4 juin 1923, allant bien. Elle revient le 11 janvier 1924 enceinte de quatre mois environ. Nouvelle aggravation depuis deux mois : très dyspnéique, touse et crache beaucoup, hémoptysies, pâle, mais non cyanosée. Pouls : 115. Température entre 37,5 et 38,6. Vomissements après la toux. Crachats : Nombreux B. K. Outre les signes signalés précédemment, sont apparus à la base droite des signes nets d'épanchement. La ponction ramène un liquide citrin (formule lymphocitaire). Laryngite tuberculeuse avec crises dyspnéiques dramatiques nécessitant le transfert à la Charité service d'O. R. L., le 5 février 1924, où la malade meurt rapidement après son arrivée.

OBSERVATION LXIII

(Obs. n° 2385 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

R. V., 24 ans, sans profession.

Entre dans le service le 6 août 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent en novembre 1930, à la suite d'une troisième grossesse. Infiltration des deux sommets au cours d'une quatrième grossesse.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Trois enfants bien portants. Pas de fausse couche. Dernier accouchement en août 1930. Quelques vomissements pendant la grossesse mais pas d'albuminurie ; aucun symptôme pulmonaire. Au deuxième mois de l'allaitement, en novembre 1930 : points de côté à droite, lassitude, toux sèche le matin et la nuit surtout. En mars 1931, au début d'une quatrième grossesse, toux de plus en plus fréquente, expectoration de plus en plus abondante, lassitude, dyspnée d'effort, température 37,8 le soir. Sueurs nocturnes. Amaigrissement. Aggravation progressive. Hospitalisation.

A l'entrée : Pas de température. Tousse, mais crache peu. Légère oppression. N'a jamais eu d'hémoptysies.

Aux poumons : Grosse dissociation entre les lésions radioscopiques et les signes d'auscultation. A l'auscultation on note seulement aux deux sommets, en avant et en arrière, une respiration un peu soufflante surtout après la toux, avec bouffées de râles humides plus accentués du côté droit.

Au cœur : Tachycardie ; deuxième bruit un peu clangoreux à la base. T. A. : 9/5.

Abdomen souple.

Grossesse de 5 mois évoluant normalement.

Radioscopie : Sommets complètement bouchés. Etat al-

véolaire diffus des deux moitiés supérieures des deux côtés. Hiles très chargés.

Laboratoire : Crachats : 2 à 3 B. K. par champ à l'E. D.

La malade quitte le service le 15 août 1931.

(Cette malade est décédée en octobre 1931).

OBSERVATION LXIV

(Obs. n° 2426 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. A., 26 ans, ménagère.

Entre dans le service le 10 septembre 1931.

D. et R. : Bronchite très ancienne. Tuberculose pulmonaire survenue au cours d'une deuxième grossesse, 5 mois après un accouchement. Grosses lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Interruption de grossesse. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale rapide.

Pas d'antécédents tuberculeux familiaux.

Bronchite à l'âge de 6 mois. Depuis l'enfance elle tousse tous les hivers. Hémoptysie cinq mois environ après un premier accouchement (le 21 juin 1930), au cours d'une deuxième grossesse. En janvier 1931, amaigrissement très rapide, température oscillante, douleurs thoraciques multiples, inappétence à peu près complète, perte des forces. Trois mois plus tard, dans un sanatorium de l'Isère, on pratique une interruption de grossesse qui ne produit aucune amélioration notable. Hospitalisation à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Malade très pâle. Mauvais état général. La température varie entre 37,5 et 39.

Aux poumons : Signes cavitaires aux deux sommets. Infiltration de la partie moyenne des deux côtés.

Radioscopie : Aspect alvéolaire de la moitié supérieure des deux poumons. Sommets gris, ne s'éclairant pas.

Au cœur : Tachycardie.

Abdomen souple.

Laboratoire : Crachats : Nombreux B. K.

Réaction de Triboulet : Positive.

Décès le 30 octobre 1931.

A l'autopsie : Grosses cavernes des deux sommets. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale. Entérite tuberculeuse.

b) Cas à évolution progressive

OBSERVATION LXV

(Obs. n° 425 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. B., 19 ans, ménagère.

Entre dans le service le 14 mars 1923.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au troisième mois d'une première grossesse. Infiltration du sommet gauche avec cortico-pleurite. Poussée évolutive au cours d'une troisième grossesse. Décès.

Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Entérite à 9 ans. Grippe à forme pulmonaire à 15 ans.

Au troisième mois d'une grossesse, en janvier 1922, la malade a commencé à tousser et à se sentir lasse. Accouchement à la clinique de la Charité le 19 juillet 1922. Enfant de 3.400 grammes, bien portant. La malade allaite jusqu'en mars 1923 non seulement son enfant, mais un second nourrisson bien que depuis son accouchement elle ait continué à tousser et maigri de 8 kgs.

A l'entrée : Amaigrissement assez notable. Température à 39 le soir. Poids : 53 kgs.

Aux poumons : P. G. : Signes d'infiltration du sommet. Râles humides en avant et en arrière, presque cavernuleux dans la fosse sus-claviculaire. Obscurité respiratoi-

re étendue dans toute la moitié du champ pulmonaire.

P. D. : Respiration normale.

Rien au cœur : T. A. : 10/5,5.

On entreprend un pneumothorax artificiel (première insufflation le 20 mars 1923 ; dernière insufflation en juin 1923).

Bonne compression.

A des examens ultérieurs :

Le 25 mai 1925 : « La malade a très bien supporté une grossesse gémellaire cette année (2 filles de 3.070 et 2.780 gr., bien portantes). Etat général excellent, reprise de poids. La toux et l'expectoration ont complètement disparu.

Aux poumons : Obscurité respiratoire à gauche, du côté du pneumothorax, avec quelques râles secs en avant, sous la clavicule. Rien à droite. »

Le 11 juin 1926 : « La malade allait bien lorsque, au début d'une troisième grossesse, elle s'est sentie très lasse, s'est mise à maigrir. Elle revient dans le service se plaignant de douleurs dans tout l'hémithorax gauche. Toux fréquente. Expectoration abondante. Température à grandes oscillations (37,5 le matin, 39,5 le soir). Au poumon gauche, signes déjà notés. Respiration normale à droite.

Aggravation progressive et décès le 30 septembre 1926.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée).

OBSERVATION LXVI

(Obs. n° 1226 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

C. S., 21 ans, sans profession.

Entre dans le service le 5 janvier 1927.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire post-pleurétique ayant débuté en 1924. Aggravation en 1926, coïncidant avec un début de grossesse (fausse couche à 2 mois).

Infiltration du sommet droit. Nouvelle poussée évolutive au cours d'une deuxième grossesse avec lésions ulcéro-caséuses du côté droit et infiltration du sommet gauche. Décès au sixième mois de la grossesse.

Pas d'antécédents tuberculeux. Bonne santé habituelle. Mariée en 1924. La même année, pleurésie gauche avec épanchement qui dure 5 mois. En février 1926, au cours d'une première grossesse, refroidissement, toux, un peu de température. La radioscopie révèle des lésions au sommet droit.

Fausse couche au deuxième mois de la grossesse. Par un traitement médical rigoureux, état satisfaisant lorsqu'en juillet 1926 la malade redevient enceinte. Dès le début, toux nettement plus fréquente provoquant parfois des vomissements, asthénie, anorexie, quelques hémoptysies. En décembre, la fièvre apparaît et l'état général cause de si vives inquiétudes que l'hospitalisation s'impose.

A l'entrée : Malade enceinte de 6 mois, amaigrie, asthénique. Température à grandes oscillations (37,5 à 39). Diarrhée persistante depuis un mois.

Aux poumons : S. D. : Submatité, augmentation des vibrations, souffle cavitaire, nombreux râles cavernuleux. Au S. G. : Inspiration rude, expiration soufflante avec rares adventices après la toux.

Rien au cœur. T. A. : 9/4,5.

Radioscopie : Côté droit : Etat alvéolaire de la plus grande partie du champ pulmonaire. Sinus comblé. Côté gauche : Sommet relativement clair. Aspect mie de pain de la partie moyenne.

Amaigrissement progressif, température oscillant entre 37,5 et 39. La malade quitte le service le 15 janvier 1927 pour mourir chez elle peu de jours après sa sortie.

OBSERVATION LXVII

(Obs. n° 2205 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. S., 23 ans, ménagère.

Entre dans le service le 1^{er} décembre 1930.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire ancienne. Poussées évolutives au cours de deux grossesses antérieures avec arrêt après l'accouchement. Nouvelle poussée broncho-pneumonique au cours d'une troisième grossesse avec laryngite bacillaire. Mort très rapide à la maternité après l'accouchement.

Père mort tuberculeux à 44 ans (la malade avait alors 11 ans). Rougeole à 17 ans. Laryngite au cinquième mois d'une première grossesse.

Premier accouchement : Séjour à la maternité du 29 juin au 14 juillet 1928.

« Quelques adventices au S. G. Expectoration bacillifère. D. R. 15 septembre. A. P. 25 juin. P. M. janvier. O.I.G.A. Alb. 0, température 37. Accouchement spontané. Rupture spontanée des membranes à D. C. Enfant B. C. G.

Poumons : Etat peu modifié après l'accouchement. La température s'est un peu élevée, mais ne dépasse pas 38. B.-W. négatif ».

Deuxième accouchement, séjour à la maternité du 21 juillet au 8 août 1929 :

« Pas de température, mais nombreux B. K. dans les crachats. Signes cavitaires au sommet droit. Nombreux râles crépitants au sommet gauche. Accouchement spontané. Travail rapide. Rupture artificielle des membranes à D. C.

Vaccin B. C. G. au nouveau-né. »

Au sixième mois d'une troisième grossesse, en novembre 1930, la malade tousse et crache davantage, devient aphone. Hospitalisation.

A l'entrée : Très gros amaigrissement. Oppression avec

légère cyanose des extrémités. Tachycardie. Tension : 5,5/3. Température : 38-38,5.

Aux poumons : Gros râles sous-crépitaux disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Laboratoire : Crachats : 12 à 15 B. K. par champ à l'E. D.

Passée le 7 décembre 1930 à la maternité, cette malade y est morte rapidement après le troisième accouchement.

OBSERVATION LXVIII

(Obs. n° 2311 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

M. B., 36 ans.

Entre dans le service le 13 mars 1931.

D. et R. : Tuberculose pulmonaire. Début apparent au cours d'une deuxième grossesse. Aggravation au cours d'une troisième grossesse. Pneumothorax artificiel. Bonne compression mais broncho-pneumonie tuberculeuse terminale du côté opposé. Décès 13 jours après l'accouchement.

Antécédents obstétricaux : 1° Une grossesse en 1921, garçon actuellement âgé de 10 ans, bien portant ; 2° grossesse en 1927, fille morte à 2 ans, de pneumonie ; 3° grossesse actuelle de 5 mois 1/2. Pas de fausse couche.

Antécédents pathologiques : Etat chloro-anémique à 12 ans. Séjour de 6 mois à Sainte-Eugénie pour des lésions du sommet droit révélées par une hémoptysie au cours de sa deuxième grossesse. Deuxième séjour à la suite de nouvelles hémoptysies survenues après le troisième accouchement. Lésions rapidement évolutives à gauche. Essai de pneumothorax artificiel. Bon décollement, mais apparition d'un épanchement abondant. Persistance des S. G. Hospitalisation à la Croix-Rousse.

A l'entrée : Amaigrissement. Toux. Expectoration

abondante. Douleurs dans tout l'hémithorax gauche. Dyspnée au moindre effort.

Aux poumons : P. G. : Obscurité sauf dans la région hilare en arrière, où la respiration est rude et soufflante. Matité du tiers inférieur environ. P. D. : au sommet, inspiration rude, expiration soufflante avec craquements, éclat de la toux, quelques râles humides disséminés.

Au cœur : Bruits normaux. Tension : 6,5/X.

Radioscopie : Côté gauche : Pneumothorax. Bonne compression. Peu de liquide. Côté droit : Etat pommelé fin du sommet ne s'éclairant pas. Médiastinite très nette.

Laboratoire : Crachats : Très nombreux B. K. à l'E. D. Accouchement dans le service du Docteur Rhenter le 13 avril 1931, d'un enfant de 1.180 gr., qui a vécu deux heures. Grosse oppression les jours suivants avec température à 39.

Aux poumons : Persistance des mêmes signes.

On est frappé surtout par l'apparition d'une grosse tachycardie et d'une légère cyanose. Mort assez brusque dans la nuit du 25 au 26 avril.

A l'autopsie : Pyopneumothorax artificiel gauche avec cavernes au sommet. Broncho-pneumonie tuberculeuse récente bilatérale. Péritonite tuberculeuse.

c) Poussées évolutives discrètes

OBSERVATION LXIX

(Obs. n° 1122 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

A. M., 25 ans.

Deux séjours dans le service (1926 et 1929).

D. et R. : Sclérose du sommet. Adénopathie trachéo-bronchique. Pas de B. K.

Père mort tuberculeux il y a 4 ans. Un frère mort tuberculeux. Bonne santé habituelle, sauf un peu d'anémie. Mariée en 1921. Une fille morte à 2 ans, après 5 mois de maladie. Au cinquième mois d'une deuxième grossesse, fin mai 1926, la malade se sent soudain très fatiguée, essoufflée et se plaint de douleurs thoraciques et abdominales. Obligée de cesser son travail pour s'aliter, elle entre bientôt à l'hôpital. Premier séjour du 16 juin 1926 au 4 septembre 1926.

A l'entrée : Malade très pâle qui aurait beaucoup maigri depuis 3 semaines. Elle tousse depuis une huitaine de jours, mais ne crache pas. Signes d'hyper-chlorhydrie (brûlure épigastrique tardive, effet sédatif des ingestions alimentaires, faim perpétuelle). Pas de température. Poids : 44 kgs.

Aux poumons : On note simplement au sommet gauche une légère submatité avec à l'auscultation un peu d'obscurité respiratoire. Pas d'adventices. Rien dans le reste du poumon. Rien à droite.

Au cœur : Léger souffle présystolique de la pointe se propageant dans l'aisselle, mais sans dédoublement du deuxième bruit. Pas de frémissement. T. A. : 10/5.

Abdomen souple.

Radioscopie : Côté gauche : Sommet un peu sombre. Côté droit : Flou très léger. Travées hilaires assez étendues.

Laboratoire : Pas de bacilles dans les crachats.

Deuxième séjour dans le service, du 11 septembre au 12 octobre 1929.

Depuis le premier séjour en 1926, troisième et quatrième grossesses bien supportées. La malade se sent faible depuis le dernier accouchement (29 juillet 1929), mais tousse à peine, crache très peu (pas de bacilles à l'E. D.). Pas de température. A l'auscultation, la respiration est normale sauf dans la région hilare droite, en

arrière, où l'on perçoit à la fin de l'inspiration quelques râles secs, mais assez discrets.

Rien au cœur. T. A. : 9/9. Poids : 40 kgs 700.

(En 1933 : Cette malade va bien et travaille régulièrement).

OBSERVATION LXX

(Obs. n° 2213 de la collection du Docteur BONNAMOUR)

L. B., 27 ans, confectionneuse.

Différents séjours dans le service en 1929-30 et 31.

D. et R. : Bronchites à répétition tous les hivers. Tuberculose pulmonaire. Poussées congestives de la base droite et poussées pleurétiques à 3 reprises, après 3 grossesses.

Père mort des suites d'une pleurésie. Pas de maladies sérieuses. Premier accouchement en 1923. A la suite, la malade tousse, maigrit, se sent faible et va se montrer de temps en temps au Dispensaire. A la fin d'une deuxième grossesse, en 1926, apparition simultanée d'une pleurésie droite et d'une laryngite. De 1928 à 1930, différents séjours à l'Hôtel-Dieu (service du Docteur Cordier), puis à Sainte-Eugénie (4 mois) et à Hauteville (4 mois). Au début d'une troisième grossesse, en septembre 1929, elle fait un séjour dans le service.

C'est une malade très dyspnéique, qui tousse beaucoup. Les crachats, relativement peu abondants, sont striés de sang. L'auscultation est négative à part une respiration un peu soufflante et rude à droite.

Rien au cœur. Pouls : 96. Tension : 8,5/5.

A la radioscopie : Voile léger des sommets qui s'éclaircissent un peu. Rien aux bases.

La malade quitte le service le 10 mai.

Accouchement dans le service du Docteur Rhenter, en juin 1930.

Deuxième séjour : Entré le 1^{er} juillet 1930, venant de la maternité. A la suite de l'accouchement, apparition simultanée d'une pleurésie de la base droite, séro-fibrineuse, à lymphocytes.

Radioscopie : Côté droit : Epanchement de la base. Travées du lobe inférieur. Rien au sommet. Côté gauche : Normal.

Laboratoire : Crachats : Pas de B. K. B.-W. négatif.

Après sa sortie du service en janvier 1931, pleurésie double, assez rapidement améliorée.

Troisième séjour : Du 5 au 11 mai 1931.

Aux poumons : Rétraction de la base de l'hémithorax du côté droit. Affaiblissement du murmure. Quelques frottements.

Radioscopie : Voile léger des sommets qui s'éclairent un peu. Rien aux bases.

(En 1933 : L'état de cette malade est actuellement satisfaisant).

Commentaires

I. — Nous avons réuni dans cette deuxième partie de notre travail 12 observations de malades chez lesquelles les lésions tuberculeuses ont subi des aggravations successives sous l'influence de plusieurs grossesses. Il est évident que de tels cas se prêtaient difficilement à une classification. Nous les avons groupées d'après l'évolution des lésions tuberculeuses à partir de la première grossesse en cause. Nous avons pu ainsi distinguer comme dans les groupes précédents :

1° Des formes à évolution rapide, 6 cas : un décès dans la première année (obs. LX) et 5 décès dans la 2^e année (obs. LIX, LXI, LXII, LXIII et LXIV.).

2° Des formes à évolution progressive, 4 cas : deux décès dans les trois ans (obs. LXVI et LXVII) et 2 décès de la 3^e à la 4^e année (obs. LXV et LXVIII.).

3° Des poussées évolutives discrètes, 2 cas : obs. LXIX et LXX. (L'état des malades est satisfaisant en 1933).

II. — La mortalité est de 10 cas dont 2 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 2 cas.

Le pourcentage est donc de :

Mortalité : 83,3 % au total, dont 50 % dans la première année.

Survie en 1933: 16,6 %.

III. — Dans un cas (obs. LXVI), la tuberculose qui avait débuté au cours d'une grossesse a subi un arrêt après l'avortement spontané, puis une aggravation au cours d'une deuxième grossesse. Par contre, aucune éventualité favorable ne s'est produite par une interruption de grossesse chez une autre malade (obs. LXIV) dont les premières manifestations tuberculeuses remontaient à une grossesse antérieure.

Les observations LXIX et LXX sont des formes discrètes avec poussées évolutives après plusieurs accouchements et regression par la suite. L'état de ces deux malades, en septembre 1933, était satisfaisant.

TABLEAU RÉCAPITULATIF
(Plusieurs grossesses sont en cause).

NUMÉRO de l'obser- vation	AGE au moment de la pre- mière gros- sesse en cause	DÉBUT DE LA TUBERCULOSE et PARITÉ	1 ^{re} GROSSESSE en cause Accouchement	GROSSESSES ULTÉRIEURES	ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE
ÉVOLUTION RAPIDE					
LIX	21 ans.	Ap. un 1 ^{er} accouch.	En 1921.	Agg. par une 2 ^e gr. (acc. en avril 1923).	Déc. 21 mai 1923.
LX	22 ans.	—	Janv. 1923.	Agg. par une 2 ^e grossesse en juin 1923.	Déc., 29 déc. 1923.
LXI	24 ans.	—	Mars 1922.	Agg. ap. un 2 ^e accouch. en juillet 1923.	Décès en 1924.
LXII	18 ans.	A la fin 1 ^{re} gross.	Août 1922.	Agg. pen. une 2 ^e grossesse en novembre 1923.	Décès en 1924.
LXIII	23 ans.	Ap. un 3 ^e accouch.	Août 1930.	Agg. pend. une 2 ^e gross. en mars 1931.	Décès en octob. 1931.
LXIV	25 ans.	5 m. ap. un accouch. au cours d'une	Juin 1930.	Interrup. de la 2 ^e gross. en avril 1934.	Décès, 30 oct. 1931.

LXV	18 ans.	Au cours d'une 1 ^{re} grossesse.	Janv. 1922.	P. art. 2 ^e gross. gemellaire bien supportée en 1925.	Décès, 30 sept. 1926.
LXVI	21 ans.	Début en 1924.		Agg. ap. un 3 ^e accouch. Agg. par un déb. de gross. en 1926 (f. c. à 2 m.) 2 ^e agg. pend. une 2 ^e grossesse en 1926.	Décès 18 janv. 1927.
LXVII	21 ans.	Au c. d'une 1 ^{re} gr.	En 1928.	Agg. pend. une 3 ^e gross. en nov. 1930.	Décès en 1930.
LXVIII	32 ans.	Au c. d'une 2 ^e gros.	En 1927.	Agg. pend. une 3 ^e gross. en 1931.	Décès 16 avril 1931.

POUSSÉES ÉVOLUTIVES DISCRETES

LXIX	22 ans.	Au cours d'une 2 ^e grossesse.	Mai 1926.	3 ^e et 4 ^e gros. bien supp. agg. apr. le 4 ^e accouch. en juillet 1929.	Etat satisfaisant en 1933.
LXX	21 ans.	Ap. un 1 ^{er} accouch.	En 1923.	Agg. pend. une 2 ^e grossesse en 1926.	Etat satisfaisant en 1933.

Conclusions

Sur les cas de tuberculose pulmonaire hospitalisés dans le service de tuberculeuses de la Croix-Rousse pendant une période de 15 ans, représentant environ 2.500 malades, nous avons eu l'occasion d'étudier 130 observations de malades chez lesquelles avaient coexisté avec la tuberculose une ou plusieurs gestations.

1° De ces 130 obs. nous n'en avons retenu que 70, soit que certaines d'entre elles fussent insuffisamment précises (coexistence de cardiopathie, infection puerpérale, etc...), soit que (et ceci représente environ une trentaine de cas), les renseignements fournis par correspondance ou par les Dispensaires sur l'avenir éloigné des malades après leur sortie de l'hôpital fussent incomplets ou inexistants.

2° Les 70 observations ainsi retenues furent groupées en 2 rubriques principales:

1° Cas dans lesquels une seule grossesse est en cause.

2° Cas dans lesquels plusieurs grossesses sont en cause.

Dans le 1^{er} groupe, nous avons établi trois subdivisions:

a) La tuberculose est antérieure à la grossesse.

Ce groupe réunit 12 cas. Il se divise de la manière

suivante : 1° Evolution rapide : 8 cas (2 décès dans le mois qui a suivi l'accouchement; 2 décès du 1^{er} au 3^e mois; 1 décès du 3^e au 6^e mois ; 1 décès du 6^e au 9^e mois; 1 décès du 9^e au 12^e mois; 1 décès du 12^e au 18^e);

2° Evolution progressive, 2 cas (ces deux malades sont actuellement en vie);

3° Poussées évolutives discrètes, 2 cas (l'état actuel de ces deux malades est satisfaisant).

La mortalité est de 8 cas au total, dont 7 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 4 cas.

Le pourcentage est donc de:

Mortalité totale: 66,6 % dont 58,3 dans la 1^{re} année.

Survie en 1933: 33,3 %.

Ce n'est que dans 5 cas que la tuberculose avait fait cliniquement son apparition plus d'un an avant la gestation.

b) Le début de la tuberculose a coïncidé avec la grossesse.

Ce groupe réunit 24 cas; ils se répartissent de la manière suivante:

1° Evolution rapide, 20 cas (7 décès dans le mois qui a suivi l'accouchement; 2 du 1^{er} au 3^e mois; 2 du 3^e au 6^e mois; 2 du 6^e au 9^e mois; 1 du 9^e au 12^e mois; 5 de la 1^{re} à la 2^e année). Une guérison par pneumothorax.

2° Evolution progressive, 2 décès (5 et 6 ans après l'accouchement) et 2 survies.

La mortalité est de 21 cas dont 14 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 étant de 3 cas.

Le pourcentage est donc de :

Mortalité totale: 87,5 %, dont 58,3 dans la première année.

Survie en 1933: 12,5 %.

Les tuberculoses révélées au cours de la grossesse apparaissent donc comme les plus graves, nos résultats confirmant sur ce point les données classiques.

c) La tuberculose a débuté après l'accouchement.

Le 3^e groupe d'observations réunit 22 cas dont la répartition est la suivante :

1^o Evolution rapide, 14 décès : 2 dans les trois mois qui ont suivi l'accouchement; 3 du 3^e au 6^e mois; 3 du 6^e au 9^e mois; un décès un an après; 5 décès de la 1^{re} à la 2^e année.

2^o Evolution progressive: 3 décès de la 3^e à la 4^e année et 5 survies en 1933.

La mortalité totale est de 17 cas, dont 10 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 5 cas.

Le pourcentage est donc de :

Mortalité: 77 % dont 45,4 dans la première année.

Survie en 1933: 22,7 %.

Dans le deuxième groupe, nous avons réuni 12 observations de malades chez lesquelles les lésions tuberculeuses ont subi des aggravations successives sous l'influence de plusieurs grossesses. Nous les avons réparties de la manière suivante, en tenant compte de l'évolution de ces lésions à partir de la première grossesse en cause :

1^o Evolution rapide, 6 cas : 1 décès dans la première année et 5 décès dans la deuxième.

2° Evolution progressive, 4 cas : 2 décès dans les 3 cas et 2 décès de la 3^e à la 4^e année.

3° Poussées évolutives discrètes, 2 cas (l'état de ces malades en 1933 est satisfaisant).

La mortalité est de 10 cas dont 2 dans l'année qui a suivi l'accouchement. La survie en 1933 est de 2 cas.

Le pourcentage est donc de :

Mortalité : 83,3 %, dont 50 % dans la première année.

Survie en 1933 : 16,6 %.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 13 Novembre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- ALFIÉRI. — Les directions thérapeutiques dans les cas de tuberculose pulmonaire compliquant la grossesse (*Bull. de Soc. Méd. Chir.*, Pavia, 1926, p. 633-643).
- ANDÉRODIAS. — Tuberculose pulmonaire et grossesse (*La Puériculture*, sept.-octobre, p. 318, an. 1927).
- ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction (*Thèse de Paris*, 1927).
- BAR (P.). — De la tuberculose compliquée de grossesse (*Conférence faite à la Faculté de Médecine de Madrid*, avril 1921).
- Tuberculose et grossesse (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. LXXXVIII, n° 37, 13 novembre 1922, et n° 42, 19 décembre 1922).
- BERNARD (L.). — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 23 mai 1921).
- Des relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité (*Paris Médical*, 6 janvier 1923).
- Gestation et tuberculose (*Presse Médicale*, 16 novembre 1921).
- Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. LXXXVIII, n° 42, 16 décembre 1922).
- Alfred N. BESSESEN and Daniel H. BESSESEN. — Pregnancy with complications case reports tuberculosis (*Virginia Med. Monthly*, n° 921, March, p. 893).

BOSSI (M.). — Tuberculose et gravidité (*Réunion de l'Université de Gênes*, juin 1918).

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gravidité (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 juin 1921).

BRINDEAU. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gravidité (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 juin 1921).

CHAUFFARD. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, n° 37, 14 novembre 1922).

GLEISZ (L.). — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité (*Gynécologie et Obstétrique*, t. VII, n° 2, 1923).

COULAUD. — *Annales de Médecine*, novembre 1921.

COUVELAIRE. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gravidité (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 avril 1921).

— Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction (*Paris Méd.*, t. XXII, n° 51, 17 déc. 1932).

CHATILLON. — *Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923.

CZACZKES. — Maternité et tuberculose (*Thèse de Strasbourg*, Chahine, éditeur, 7, rue de Condé, à Paris).

DELMAS (P.). — Tuberculose et puerpéralité (*Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1922).

— Discussion à la réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Montpellier (Séance du 5 décembre 1923).

DEMELIN (L.). — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Journal des Praticiens*, n° 9, 2 mars 1929, p. 129).

- DUMAREST et BRETTE. — Grossesse et tuberculose (*Presse Médicale*, 21 juin 1922).
- Rapports de la grossesse et de la tuberculose (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. LXXXVIII, n° 31, 3 octobre 1922).
- DUMAREST (F.). — La tuberculose pulmonaire et la grossesse (*Monde Médical*, 1924, n° 655).
- LAWRENCE S. FULLER. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire avec la gravité et la puerpéralité (*Thèse de Paris*, 1927, n° 248, Vigot, édit., Paris).
- J. GALVEZ GINSCHERO. — Tuberculosis y embarazo. *Revista Médica de Malaga*, n° 58, Julio de 1929, p. 1623).
- GHINSBERG HAIM. — Tuberculose pulmonaire et gestation (*Thèse de Paris*, 1931, Amédée Legrand, édit.).
- GIRARD. — Tuberculose et puerpéralité (*Thèse de Montpellier*, 1923).
- GRAGERT. — Grossesse et tuberculose (*Medizinische Klin.*, t. XXVII, n° 27, juillet 1931, p. 988).
- GRIMONET. — Poussée évolutive chez des tuberculeuses pulmonaires au cours de la période des suites de couches (*Thèse de Lyon*, 1923).
- HEGLER. — Grossesse et tuberculose (*Medizinische Klin.*, t. XXVII, n° 27, 3 juillet 1931, p. 991).
- HERGOTT (A.). — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. LXXXVII, n° 29, 28 novembre 1922).
- Dorothy W. HUTCHINSON. — Tuberculosis and pregnancy (*Minnesota Medicina*, n° 4, April 1929, p. 211).
- JEANNIN. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921.
- De l'influence de la grossesse sur la tuberculose (*Progrès Médical*, n° 28, 9 juillet 1927).

- ANNA KONOVALOFF. — Contribution à l'étude de la grossesse chez la tuberculeuse pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1931, Les Presses Modernes).
- Küss. — Tuberculose pulmonaire et gestation (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922).
- V. LE LORIER. — Une statistique américaine sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse (*Bulletin Médical*, septembre 1930, p. 701).
- LYDTIN et LINDE. — Tuberculose et grossesse. *Zeitschr. f. Tuberkulose*, t. LVI, 1930).
- MAYER. — Tuberculose et grossesse (*Med. Klin.*, n° 21, 22 mai 1931, p. 761).
- MÉLAMET. — Tuberculose pulmonaire aiguë, post-partum, il y a 18 mois ; arrêt de l'évolution puis régression des lésions (*Bull. de la Soc. de Méd.*, 12 février 1926, n° 3).
- METZGER. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922).
- Tuberculose pulmonaire et état puerpéral (*Progress Medical*, janvier 1928, p. 45).
- MITROVITCH. — Tuberculose, pneumothorax artificiel et gestation (*Thèse de Paris*, 1922).
- NOBÉCOURT et PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et l'allaitement (*Presse Médicale*, 18 février 1920).
- NUBIOLA. — *Archives de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie*, n° 2, 1921.
- PANKOW. — Tuberculose et grossesse (*Medizinische Klinik*, n° 23, 5 juin 1931, p. 839).
- PARISOT. — *Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1925.

- PEAUD. — Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité (*Thèse de Paris*, 1920).
- PINARD. — Tuberculose et grossesse (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 21 novembre 1922).
- PISSAVY et Mlle S. BERNARD. — *Revue de la Tuberculose*, n° 5, 1922.
- RIBAUDO (Vincenzo). — Tuberculosi e gravidanza (*Gazzetta Medica Italo-Argentina*, n° 14, p. 265).
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Traité d'Obstétrique*, édition 1923.
- RIST. — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 14 février 1921 et 18 juin 1921).
- Tuberculose et grossesse (*Brit. Med. Journ.*, 13 août 1927, p. 247).
- RONZINI. — Tuberculosi polmonare e collassoterapia uni e bilaterale in gravidanza (*Clinica Ostetrica*, Settembre 1928, p. 621).
- ROSSIER. — *III^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Genève, 1923.
- ROUSSEL. — Gestation et tuberculose (en collaboration avec Hervé) (*Concours Médical*, 1924, p. 2241).
- SCHULTZE-RHONHOF. — Gestation et tuberculose pulmonaire (*Arch. f. Gynäk.*, t. CXXVIII, 3, 1926).
- SERGENT (E.). — Tuberculose et grossesse (*Etudes Cliniques sur la tuberculose*, 1918).
- Tuberculose pulmonaire et gestation (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922).
- Tuberculose et grossesse (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. LXXXVIII, n° 41, 12 décembre 1922 et n° 42, 19 décembre 1922).
- Maternité et tuberculose (*Presse Médicale*, n° 95, 1926, p. 1492).

- SELLHEIM. — Tuberculose et grossesse (*Medizinische Klinik*, n° 24, 12 juin 1931, p. 879).
- SIREDEY. — Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gravidité (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 14 mars 1921 et 18 avril 1921).
- STIASSNIE (J.). — Trente-quatre observations de tuberculose et grossesse (*Revue de la Tuberculose*, XI, 1930, p. 757).
- SUERS. — Sur la valeur de la sédimentation des érythrocytes chez les femmes enceintes tuberculeuses (*Wien. Med. Woch.*, 27 août 1927, p. 1166).
- THÉLIN. — III^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Genève, 1923.
- VORON. — Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte (III^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Genève, 9-11 août 1923).
- WALLICH. — Discussion sur la tuberculose dans ses rapports avec la gestation (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. LXXXVIII, n° 41, décembre 1922).
- Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gestation (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922).
- WENIBERGER. — Tuberculose pulmonaire et grossesse (*Wien. Med. Woch.*, 4 sept. 1926, p. 1059).
- M. YOSHIDA. — Effect of tuberculosis on pregnancy. *Kinki Gynecological. Society Journal Kyoto, Japon*, déc. 1926, p. 3).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	17
Cas dans lesquels une seule grossesse est en cause	17
1° Tuberculose antérieure à la grossesse ...	17
2° Tuberculose révélée par la grossesse	37
3° Tuberculose révélée après l'accouchement.	70
Cas dans lesquels plusieurs grossesses sont en cause	100
CONCLUSIONS	121
BIBLIOGRAPHIE	125



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



